

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N^o

268

POUR

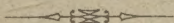
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 7 avril 1897, à 1 heure

PAR

Joseph RIVET

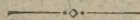
né à Montfaucon-sur-Maine (M.-et-L.), le 1 Avril 1871



ÉTUDE

SUR LE

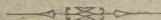
Pemphigus Foliacé



Président : M. FOURNIER

Juges : MM. { POUCHET.
GAUCHER.
ANDRÉ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des Boulangers - 29

1897

Année 1897

THÈSE

No 268

POUR

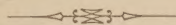
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le Mercredi 7 avril 1897, à 1 heure

PAR

Joseph RIVET

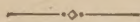
né à Montfaucon-sur-Maine (M.-et-L.), le 1 Avril 1871



ÉTUDE

SUR LE

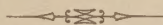
Pemphigus Foliacé



Président : M. FOURNIER

Juges : MM. { POUCHET.
GAUCHER.
ANDRÉ.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

PAUL DELMAR

29 - rue des Boulangers - 29

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		N.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		N.
	{	DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
	{	DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

M. N., PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	KETTERER.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON BIEN AIMÉ PÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance et d'amour filial

A MES TANTES

A ma CHÈRE SŒUR et à mon CHER BEAU-FRÈRE

A MES FRÈRES FERNAND et HENRI

A mon excellent ami J. PINEAU

A MES AMIS

et à tous ceux à qui je dois un témoignage de reconnaissance
et de sympathie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Professeur à la Faculté

A MES MAÎTRES

MM. les Professeurs de l'École de Médecine de Nantes

MM. les Chirurgiens et Médecins des Hôpitaux de Nantes

INTRODUCTION

En suivant le service de M. le Dr Tenneson, à Saint-Louis, nous avons remarqué deux cas typiques de pemphigus foliacé. Ces cas sont assez rares, pour que nous ayons pensé à prendre les observations des deux malades, et comme nous étions en quête d'un sujet de thèse, nous avons saisi l'occasion qui nous était offerte de traiter une question encore peu connue et qui n'est pas sans intérêt.

Le pemphigus foliacé n'est connu, en effet, que depuis quelques années. C'est surtout à MM. Kaposi et Ernest Besnier qu'on doit d'avoir donné une notion exacte du pemphigus foliacé. Avant eux, beaucoup d'affections, dans le cours desquelles apparaissait de l'exfoliation épidermique, étaient dénommées pemphigus foliacé, alors que la présence des squames n'était qu'un symptôme d'une dermatose du pemphigus foliacé vrai, primitif.

Le pemphigus foliacé rentrant dans le groupe dit Pemphigus, nous avons pensé qu'il était dans le plan de notre travail de faire l'historique et de donner la définition de ce groupe Pemphigus. Après ces notions générales seulement, nous entrons dans le vif de notre sujet.

Au début de ce travail, nous prions M. le professeur Fournier d'agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons également à remercier M. le Dr Tenneson d'avoir bien voulu nous permettre de publier l'observation de la malade de son service.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Le mot pemphigus vient de l'expression grecque PEMPHIX qui signifie bulle ou soulèvement épidermique d'un volume assez considérable.

Le pemphigus n'était pas connu des anciens médecins, d'Hippocrate, de Galien et d'Aétius ; mais c'est à Sauvages qu'on doit d'avoir donné le nom de pemphigus à un groupe de maladies bien déterminées. Les auteurs qui se sont occupés de dermatologie, Lorry, Plenck, Willan, Bateman, Alibert, Biet et ses élèves ont donné de bonnes descriptions de cette affection et de ses différentes formes. On cite surtout Gilibert (de Lyon), auteur d'un livre sur le pemphigus (1814), mais dans cet ouvrage la maladie est considérée à tort comme se présentant sous la forme habituelle d'une fièvre éruptive ; les discussions hypothétiques relatives à la cause et à la nature de la maladie y tiennent une place considérable. Willan et Bateman et les autres qui ont classé les maladies de la peau d'après leurs lésions élémentaires, placent le pemphigus dans l'ordre des éruptions bulleuses. Bateman décrit séparément et comme deux genres distincts le *pemphigus* et le *pompholyx*, le premier étant constitué par une affection fébrile dans laquelle se développent sur la peau des bulles entourées d'une auréole inflammatoire. C'est la maladie indiquée par certains auteurs sous le nom de fièvre bulleuse et décrite particulièrement par Gilibert ; dans le *pompholyx*, il n'y a pas de fièvre et les bulles ne présentent

autour d'elles aucune trace d'inflammation. Cette distinction n'a pas été maintenue, et le mot pemphigus seul a été conservé pour désigner une affection bulleuse, avec ou sans fièvre, avec ou sans phénomènes inflammatoires autour des bulles. Alibert, frappé surtout du caractère phlegmasique de l'éruption bulleuse, a placé le pemphigus dans la troisième classe de son ordre des dermatoses, dans les dermatoses eczémateuses, entre l'érysipèle et le zona (*Monogr. des dermat.*, p. 47). Gilibert a décrit le pemphigus comme une fièvre éruptive, prenant l'exception pour la règle, et laissant ainsi de côté les cas dans lesquels la maladie existe sans fièvre et se développe d'une manière essentiellement chronique.

Bazin, fidèle à sa méthode dermatologique, place le pemphigus, considéré comme genre, dans les affections bulleuses, à côté de l'hydroa, de l'herpès et du rupia ; mais lorsqu'il l'envisage comme espèce nosologique, il admet deux pemphigus, l'un de cause externe, l'autre de cause interne : Le premier, dû à l'application directe d'un agent irritant sur la surface de la peau, ou même à l'absorption de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses ; l'autre n'étant que la manifestation d'une maladie constitutionnelle, de la dartre, de l'arthritisme, de la syphilis ou de la lèpre.

Dans cette manière d'envisager le pemphigus et ses variétés, il existe une confusion entre la bulle et le pemphigus, entre une lésion qui peut dépendre de plusieurs causes et une maladie bien distincte.

Ainsi, Bazin donne le nom de pemphigus de cause externe à l'inflammation bulleuse qui suit l'application de la poudre de cantharides ou le contact de l'eau bouillante. Il y a là un abus de mots ; on ne peut considérer comme atteinte de pemphigus la personne à laquelle on a mis un vésicatoire ou

qui est affectée d'une brûlure au second degré. L'existence d'une ou de plusieurs bulles ne suffit pas pour constituer le pemphigus, il faut encore que le développement de ces bulles ait lieu spontanément et successivement. D'autre part, le pemphigus diffère par ses symptômes et sa marche, des affections dites dartreuses ; il ne se présente jamais chez les adultes comme manifestation syphilitique ; il n'existe pas non plus de pemphigus lépreux, attendu que les bulles qui surviennent quelquefois dans la lèpre ne sont qu'une lésion accessoire, sans rapport avec le genre pemphigus. Quant au pemphigus arthritique, son existence légitime est loin d'être démontrée. Le pemphigus forme un genre nosologique bien déterminé, d'une nature identique, malgré quelques variétés de forme, et différant totalement de la bulle isolée qu'on peut rencontrer dans diverses circonstances pathologiques.

Le pemphigus foliacé a été étudié en France par Caze-
nave, Hardy, Brocq, Besnier. etc. M. Besnier surtout en a
donné de bonnes descriptions.

A l'étranger, le pemphigus foliacé a été l'objet d'études
spéciales de la part de Kaposi, de Kriezer, de Zeisel, en
Allemagne ; de Tilbury, de Shervell, d'Hardaway, en Angle-
terre et en Amérique ; de Campana et de Munro, en Italie.

DÉFINITION DU PEMPHIGUS EN GÉNÉRAL

Nous définissons donc le pemphigus : *un groupe d'éruptions bulleuses primitives et spontanées.*

Nous disons un groupe d'éruptions, car le pemphigus n'a pas d'existence réelle. C'est non une chose, mais un mot, un terme conventionnel propre à synthétiser un ensemble de complexus pathologiques divers de causes, mais analogues de marche et d'aspect. Par le caractère primitif de leurs éléments, les dermatoses pemphigineuses se distinguent des affections pemphigoïdes dans lesquelles la bulle, au lieu d'être l'élément immédiat et nécessaire, n'est qu'un accident dû à l'extension ou à l'aberration du processus anatomo-pathologique habituel ; par leur spontanéité, elles se séparent des bulles primitives, mais provoquées par les irritants extérieurs, dont la symptomatologie et la marche sont bien différentes.

Le terme de pemphigus est réservé à un groupe d'affections bulleuses que relie des affinités cliniques assez étroites pour justifier la création, à leur profit, d'une famille dermatologique, et dont il importe de fixer les limites.

DÉFINITION DU PEMPHIGUS FOLIACÉ

A diverses périodes de toutes les affections bulleuses, pemphigus, maladie de Duhring, impitigo herpiforme de Hébra-Kaposi, etc. ; dans les formes rémittentes, au moment de l'accalmie, la période de dessiccation et de réparation desquamative peut survivre parfois assez longtemps avec phases bulleuses, pour revêtir momentanément l'aspect d'une dermatite exfoliante, proprement dite kératolyse, achantokératolyse.

Ce cas est caractérisé surtout en ce que la période desquamative coïncide avec une rémission dans l'état général, ce qui permet de ne pas faire de confusion.

Lorsque la phlycténodermie a parcouru une évolution prolongée et que dans le pemphigus la mort n'a pas succédé à une série progressive d'accidents cutanés typiques, on peut voir la maladie se déformer, les bulles devenir rares ou subir une évolution incomplète. Le soulèvement épithélial reste à plat et, suivant que la surface exulcérée qu'il recouvre laisse échapper plus ou moins abondamment un liquide eczématisé, l'aspect général devient celui d'un eczéma lamelleux, d'un eczéma croûteux généralisés d'une érythrodermie exfoliante par le fait même de la généralisation de la lésion, de l'exfoliation et de la rougeur de la peau.

Aussi longtemps que le terme de pemphigus demeura usité à titre banal, pour désigner toutes les phlycténodermies, il était légitime de dénommer pemphigus foliacé les dermatites exfoliantes secondaires, kératolyses et achantokératolyses.

kératolyses, épisodiques ou ultimes, du pemphigus et des autres affections bulleuses, en même temps que les formes vraiment mixtes, dans lesquelles l'exfoliation et la formation des bulles font partie intégrante du type individualisé.

Mais à présent, puisque, d'une part, toutes les affections bulleuses ne portent plus le nom générique de pemphigus, et, de l'autre, puisqu'il existe dans la série du pemphigus vrai, une affection mixte, foliacée et bulleuse, c'est à cette dernière seule que revient le nom de *pemphigus foliacé*.

Il n'est plus permis de s'en servir pour désigner à la fois une maladie, des complications accidentelles et des divisions secondaires, terminales, communes à plusieurs maladies différentes.

Les diverses affections bulleuses, au cours et à la fin desquelles apparaît l'état foliacé, doivent conserver leur dénomination propre, à laquelle il suffit d'ajouter l'indication du fait de l'exfoliation secondaire, spécifiée selon qu'elle est accidentelle, épisodique, intercurrente ou définitive et cachectique.

A cette condition, on met dans les choses un peu d'ordre et de précision.

Nous définirons donc le pemphigus foliacé une *affection de la série du pemphigus vrai*, dans laquelle, soit d'emblée, soit après avoir revêtu pendant un espace de temps court et limité, l'aspect du pemphigus bulleux, dans ses phases initiales, l'éruption prend les caractères suivants : la bulle proprement dite, pleine de liquide, n'apparaît plus ou ne paraît que temporairement ; souvent, pour la constater, il faut assister à la reproduction épithéliale, à la suite d'un bain, par exemple, dans lequel on a fait tomber l'exfoliation adhérente. Il n'est pas rare cependant de voir, de temps à autre, en quelques points jusque-là réservés, apparaître une bulle typique, laquelle reste la minorité, l'accident.

FORMES CLINIQUES DU PEMPHIGUS

Parmi les affections rentrant dans le cadre nosologique du pemphigus, dénommées affections pemphigineuses, il existe les plus grandes différences, tant au point de vue étiologique qu'à la forme clinique. Aussi distingue-t-on beaucoup de variétés :

1° Affections dans lesquelles la bulle n'est qu'un accident :

Pemphigus trophique, lépreux, syphilitique, typhoïdique, érysipélateux, variolique, scarlatineux, vaccinal et pemphigus accidentel dans quelques dermatoses (gale, pityriasis, rubra, etc.).

2° Affections dans lesquelles la bulle est le phénomène capital :

A. — Pemphigus aigu :

Pemphigus aigu fébrile grave. — Discutable, appartenant probablement à l'érythème polymorphe.

Pomphigus aigu épidémique des nouveau-nés.

B. — Pemphigus chroniques :

Pemphigus dermique vrai. — Discutable.

Pemphigus végétant, de Neumann.

Pemphigus héréditaire.

Pemphigus successif à kystes épidermiques, de Brocq.

Pemphigus hystérique de Nermet.

Et Pemphigus des jeunes filles, de Hardy.

ETIOLOGIE

Étiologie du pemphigus foliaceus en pays chauds. Le malade arrive avec tous les stigmates que les hommes

D'après les observations que nous faisons, elle survient dans 2 types états. L'hérédité se manifeste pour la première fois, dans les différentes observations que nous avons recueillies et que nous avons pu observer nous-mêmes nous ne trouvons aucun cas semblable dans les antécédents. L'herédité semble plutôt se manifester plus tard dans la période des 2^{es} observations. Ainsi, l'un de nos malades de la salle d'hiver arrive au milieu d'une crise comme nous venons de le décrire de son affection.

Chez elle, nous avons pu noter que l'apparition des bulles avait été précédée d'une grande peur, comme nous le verrons dans l'observation pour la première fois, et d'une violence caractéristique, la deuxième fois. La première fois, les bulles étaient au commencement localisées aux mains et aux pieds, la deuxième fois, l'éruption fut généralisée. Ce fait ne laisse donc aucun doute. Un choc moral a été la cause occasionnelle de la dermatose. Mais quelle est la cause véritablement étiologique? Elle reste encore ignorée. Mais d'après les travaux anatomopathologiques qui ont été trouvés dans la moëlle épinière, il est à croire qu'un trouble de la nutrition du système nerveux a servi d'abord à donner occasionnelle pour se manifester à la peau par les symptômes du pemphigus foliaceus, des bulles se sont séparées.

Il est d'ailleurs probable que l'étiologie des affections pemphigineuses est **complexe** et, que même en admettant la prédominance ~~de l'influence~~ neurasténique, il faut encore tenir compte des conditions multiples qui peuvent mettre cette influence en jeu.

Dans les névrites périphériques, en effet, des éruptions bulleuses, des desquamations, des accidents ichthyosiques peuvent se produire ; mais on sait combien sont nombreuses les causes de ces névrites : traumatismes, intoxications, auto-intoxications, toxhémies microbiennes. Toutes ces conditions aboutissent, en définitive, à l'altération de la fibre nerveuse amenant des troubles trophiques, soit directement, ce qui doit être fort rare, soit en préparant le terrain aux germes infectieux. Peut-être pourrait-on faire figurer parmi ces troubles, sans vouloir hasarder une affirmation téméraire, les divers pemphigus et, en particulier, celui qui nous occupe.

DESCRIPTION SYMPTOMATIQUE

La marche du pemphigus foliacé, dont on doit la description à Cazenave, peut se diviser en trois périodes que nous nommerons périodes de localisation, de génération et de cachexie.

L'affection débute, comme le pemphigus vulgaire, par l'éruption de bulles ordinairement discrètes et localisées à une région de la surface tégumentaire, mais dès leur apparition, ces bulles présentent un aspect particulier; elles sont ridées et flasques, comme incomplètement distendues par le liquide qu'elles contiennent, et ce liquide lui-même, au lieu d'être citrin, paraît trouble et légèrement teinté de jaune ou de rouge. Il permet cependant de voir, par transparence, les vaisseaux du plancher de la bulle congestionnés.

Bientôt chacune de ces bulles devient un centre pour la formation de bulles nouvelles qui se réunissent à celles qui les ont précédées, se rompent et donnent naissance à des croûtes jaunes et minces qui tombent et se renouvellent incessamment.

Au début, l'aspect des parties malades est celui de surfaces sur lesquelles on aurait collé des pains à cacheter jaunes ou brunâtres. Peu à peu, l'éruption s'étend et se généralise à toute la surface du corps, elle se dessèche de plus en plus, et devient, sur les points les plus atteints, franchement rouge, squameuse, peu ou point suintante.

Durant cette période locale du pemphigus foliacé, la santé

du malade demeure satisfaisante. Il se déclare seulement de légers accès fébriles au moment de chaque poussée éruptive. Au bout d'un temps très variable, cependant, commence la période de généralisation. Lorsque les bulles pemphigieuses couvrent tout le corps du malade, celui-ci présente un aspect tout particulier très bien décrit par M. Hardy. La peau entièrement recouverte de croûtes et de squames épidermiques, prend une apparence foliacée. Le visage peut, pendant longtemps, ne présenter d'autre altération que de la rougeur des téguments et des squames jaunâtres. Souvent aussi, fendillé et écailleux, il est grêle et amaigri; les paupières sont tirées en dehors par la sécheresse et la tension de la peau; il en résulte un ectropion d'autant plus marqué que les cils sont ordinairement tombés. Quelquefois même, la conjonctive est le siège d'ulcérations ou d'adhérences plastiques. Le cuir chevelu lui-même n'est pas épargné, il est le siège de squames sèches, et n'est souvent recouvert que par de rares cheveux.

Les squames sont foliacées, arrondies ou ovalaires, de 1 à 4 centimètres d'étendue, détachées par leurs bords, peu adhérentes, presque toujours fort nombreuses, enroulées sur elles-mêmes, quelquefois imbriquées, comme l'a fait remarquer Cazenave qui compare cet aspect à la pâtisserie feuilletée. Ces squames se détachent et se renouvellent incessamment, de manière qu'on en trouve toujours une quantité considérable dans les vêtements et dans le lit des malades. Chaque matin on peut les ramasser à pleines mains entre les couvertures. Il se produit ainsi une dépense énorme d'épiderme. L'exfoliation est lamelleuse et repose sur des surfaces d'un rouge vif, humides mais non ulcérées. Mais sur les parties qui sont exposées à une pression habituelle, au sacrum, au dos, aux coudes, à la partie postérieure des cuisses, l'épiderme s'enlève et est souvent enlevé trop tôt,

avant d'être reformé; au-dessous, il en résulte des ulcérations plus ou moins profondes. Une bulle apparaît de temps à autre comme pour rappeler qu'il s'agit d'un pemphigus.

Tantôt les squames sont tout à fait sèches et l'on croirait à une affection véritablement et positivement squameuse; c'est ce qui arrive dans quelques cas rapportés à tort par Devergie au pityriasis rubra, ou désignés par Bazin sous le nom d'herpétide exfoliatrice; tantôt, au contraire, autour et au-dessous de la squame, il existe une sécrétion séro-purulente assez abondante, d'une odeur nauséabonde toute spéciale, susceptible de se solidifier et de former des croûtes.

Lorsque l'affection est arrivée à la période d'état, son grand caractère distinctif est une sorte d'hypertrophie généralisée des papilles du derme surtout perceptible aux mains et aux pieds.

Il n'y a pas de prurit ou il y en a très peu.

Les malades témoignent une grande sensibilité au froid.

Les phénomènes généraux ont dans le pemphigus foliacé une assez grande importance.

D'abord on observe assez souvent des poussées fébriles, durant plusieurs jours et d'interprétation assez délicate, leur production pouvant, dans beaucoup de cas, être attribuée aux complications infectieuses de la maladie.

Les fonctions digestives sont plus ou moins profondément troublées; il y a des caprices de l'appétit, parfois même une inappétence complète, et souvent du dégoût pour certains aliments, la viande en particulier. Les digestions sont lentes et paresseuses, accompagnées d'éruptions et de troubles gastro-intestinaux divers.

Les urines sont diminuées de quantité, mais les examens que nous avons fait faire, ont révélé d'une façon constante la diminution considérable du taux de l'urée. C'est d'ailleurs là un fait banal dans les états cachectiques, et qui, soit dit en

passant, démontre l'erreur dans laquelle était tombé Rome-
nelaire en considérant cette diminution de l'urée comme un
signe de cancer.

Dans toutes les observations, on s'accorde à signaler la
dépression des forces, en rapport avec l'émaciation, la
diminution des masses musculaires. Enfin, il est à noter — et
c'est une constatation intéressante au point de vue de la
théorie nerveuse — que le moral des malades est profondé-
ment affecté. Les idées tristes diminuent, mais on observa
parfois de l'irritabilité, une tendance à l'emportement, etc.

PROCESSUS

Dans le processus foliacé du pemphigus, le disque d'épiderme corné qui est soulevé apparaît macéré ; il se double ensuite par la face profonde de nouvelles exfoliations et constitue à la surface de la peau une plaque *nummulaire* plate plus ou moins squameuse ou croûteuse, au-dessous de laquelle existent un suintement eczématisque et une exulcération. Aussi longtemps que les éléments éruptifs restent isolés, ils conservent leur forme nummulaire et ressemblent absolument à une série de petites vésications artificielles à la période de dessiccation commençante. Sur les surfaces nummulaires, la couche cornée se décolle sans se soulever et présente alors une couleur blanche, laiteuse ; en s'éliminant, elle laisse à nu un épiderme décortiqué, rouge, suintant. La lésion grandit par le décollement de la couche cornée circonférentielle.

La couche cornée décollée se partage quelquefois en plusieurs feuillets et ressemble alors à certains gâteaux feuilletés. Le processus se généralise à toute la surface cutanée, sans discontinuité, sans intervalle de peau saine. Les bulles deviennent de plus en plus rares et peuvent même faire défaut pendant quelque temps. Les poils tombent, les ongles se déforment et peuvent aussi tomber. Les lèvres et la cavité buccale présentent les mêmes localisations fréquentes que celles du pemphigus bulleux.

Quand l'affection est devenue confluyente, les éléments se

déforment au contact coalescent ; ils se rompent et se détachent aux grands plis de la peau : la maladie prend le même aspect et aboutit au même point que dans les cas de dermatite exfoliante, ultime, terminale du pemphigus bulleux.

Le fait de Stoukowenkoft, que nous rapportons plus loin, semble indiquer que la formation des bulles n'est pas constante et que cet élément éruptif peut exister, pour ainsi dire, à l'état virtuel. Il note expressément chez sa malade des décollements de la couche cornée *sans liquide accumulé au-dessous*, soulèvements de forme plus ou moins circulaire. Un frottement un peu rude enlevait des lambeaux de couche cornée nettement séparés des parties voisines, comme s'il eût existé à cet endroit une bulle vidée et séchée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1^o *Peau*. — La bulle est le résultat d'un œdème cutané brusque et localisé, souvent consécutif à l'atonie d'une petite artériolle ; le liquide séreux se portant rapidement au-dessus du corps muqueux, soulève la lame cornée de l'épiderme, et il en résulte une cavité formée en haut par l'épiderme, en bas par la zone granuleuse dissociée et par le corps muqueux ordinairement infiltré de cellules migratives. Dans cette cavité, se trouve un liquide analogue à la sérosité du sang, d'abord clair, contenant des globules blancs vivants, puis devenant louche par la mort et la dégénérescence graisseuse de ses globules. Ce liquide est albumineux et fibrinogène ; il se trouble par la chaleur et par l'acide nitrique, et il s'y forme un réticulum fibrineux, délicat, qui cloisonne la cavité et emprisonne dans ses mailles les globules. Outre les globules blancs, il s'y rencontre des globules rouges en quantité variable ; ils sont quelquefois assez nombreux pour colorer manifestement le liquide en rouge et pour constituer une bulle hémorrhagique. Sous le rapport de la composition chimique, le liquide de la bulle est alcalin, et l'on y a trouvé de l'albumine, un peu d'urée, des traces de chlorures et de sulfates ;

2^o *Système nerveux*. — Pasquale Ferraro (Morgagni, août et mai 1886) a trouvé des altérations histologiques du système nerveux dans le pemphigus foliacé.

Les recherches de l'auteur montrent qu'il existe dans le pemphigus foliacé une altération profonde du système nerveux portant à la fois sur la moëlle, sur les nerfs et les terminaisons nerveuses, en même temps que sur les ganglions spinaux et sur ceux du grand sympathique.

Du côté de la moëlle, cette altération réside principalement dans la région dorsale ; elle se localise dans les cellules nerveuses des cornes postérieures et consiste dans un processus d'atrophie avec destruction complète de l'élément cellulaire.

Les lésions des nerfs sont celles des diverses névrites : multiplication des noyaux de la gaine de Schwann, hypertrophie du protoplasma, atrophie de la gaine de myéline avec segmentation et disparition de celle-ci sur quelques points, atrophie du cylindre axe.

Les lésions du système ganglionnaire sont moins accusées, quoiqu'elles existent dans beaucoup de cas.

L'auteur pense que l'altération débute dans les cellules des cornes postérieures de la moëlle qui tiendraient sous leur dépendance les phénomènes trophiques du côté de la peau.

La cause première de ces lésions, quoique peu connue jusqu'ici, paraît imputable à des éléments infectieux d'origine parasitaire.

DIAGNOSTIC

L'aspect des malades atteints de pemphigus foliacé est tellement special, qu'il est ordinairement facile de reconnaître cette maladie. Toutefois, l'absence des bulles et la présence des squames pourraient faire croire à l'existence d'une maladie primitivement squameuse, mais le caractère lamelleux des squames, leur peu d'adhérence, ne peuvent faire confondre la maladie avec un psoriasis ; leur étendue, ainsi que leur humidité, la distinguent du pityriasis. Néanmoins, les squames sont quelquefois tout à fait sèches et assez adhérentes, et l'on serait tenté de considérer cette forme comme appartenant au pityriasis, ainsi que l'a indiqué Devergie ; l'étendue, la durée indéterminée de la maladie, la coïncidence de quelques bulles, même dans les exemples cités par Devergie, doivent faire rentrer ces cas dans le pemphigus foliacé.

Mais le point le plus important du diagnostic, relativement au pemphigus foliacé, consiste certainement dans la distinction à établir entre cette maladie et l'eczéma, distinction très nécessaire pour le pronostic et pour le traitement. Dans le pemphigus, la maladie est ordinairement universelle : quelque étendu que soit un eczéma chronique, il ne couvre jamais la totalité de l'enveloppe cutanée, il y a toujours quelques régions intactes, tandis que, dans le pemphigus foliacé, la maladie a tout envahi depuis la tête jusqu'aux pieds. De plus, dans le pemphigus, les squames sont plus

larges, moins épaisses, plus nombreuses ; elles se détachent plus facilement ; les ulcérations sont plus superficielles ; le liquide sécrété, moins plastique, empêche moins fortement les draps et le linge des malades. L'existence antérieure ou l'apparition incidente de bulles a évidemment une grande valeur dans le diagnostic, mais le plus ordinairement, il n'est même pas besoin de ce signe caractéristique.

Certains dermatologistes, tels que MM. Hallopeau et Henri Fournier, ont vu certains rapports entre le pemphigus foliacé et la dermatite herpétiforme de Duhring. Ils rapportent trois observations à l'appui de leur manière de voir. Nous donnons ces observations à titre de documents, ainsi que l'interprétation des auteurs.

M. Brocq réfute leur opinion en donnant les grands caractères distinctifs de ces deux maladies. Dans la dermatite herpétiforme : phénomènes douloureux de la plus haute intensité, démangeaisons vives, sensations de chaleur, de cuisson, de piqure, de fourmillement, de brûlure, etc., pouvant être presque continues, le plus souvent par paroxysmes ; phénomènes éruptifs on ne peu plus polymorphes, composés d'érythèmes, de plaques ortiées, de vésicules, de bulles, de pustules, de papules excoriées, etc., etc., et de toutes leurs conséquences, croûtes, desquamations, végétations papillomateuses, etc., etc., diversement groupés et combinés suivant les variétés et suivant les phases de l'affection.

Dans le pemphigus foliacé vrai, typique, rien de tout cela : douleur presque nulle, prurit très faible, longue conservation, d'un bon état général, squames très abondantes et généralisées. Mais il y a des cas mixtes, d'après lesquels une maladie revêt des caractères différents dans le cours de son évolution. Il faut surtout s'en rapporter, pour faire le diagnostic, aux caractères principaux.

MM. Hallopeau et H. Fournier se fondent, pour faire un

rapprochement entre la dermatite herpétiforme et le pemphigus foliacé, sur les éruptions polymorphes, sur les périodes d'accalmie et sur les sensations douloureuses observées dans les cas en question.

Le diagnostic est encore à faire avec la dermatite exfoliatrice. Mais la présence de bulles, dès le début ou dans le cours de l'affection, l'humidité de la peau, la présence d'ulcérations témoigneront en faveur de l'existence du pemphigus foliacé.

PRONOSTIC

Le pemphigus foliacé devient une affection cachectique à la manière de toutes les affections desquamatives et suppuratives étendues à une notable partie de la surface cutanée : de la dermatite exfoliacée, de l'eczéma rubrum, du favus généralisé par exemple. Épuisé par la douleur, par la suppuration, par la déperdition d'une quantité d'épiderme dont on a quelque peine à se faire une idée, par la fièvre qui, après ne s'être montrée qu'à propos de chaque nouvelle poussée bulleuse, devient continue, le malade maigrit, perd ses forces et l'appétit, cesse de digérer, est pris de diarrhée chronique et finit par succomber soit aux progrès de la cachexie elle-même, soit à l'une des complications auxquelles un état général aussi misérable le prédispose : tuberculose pulmonaire, broncho-pneumonie, entérite, épanchement dans les séreuses, gangrène pulmonaire, abcès du poumon comme dans le fait de Gillette, etc. Cette marche progressive du pemphigus foliacé, aboutissant presque fatalement à la généralisation et à la cachexie, en fait une maladie des plus graves : la mort est, en effet, sa terminaison presque constante ; mais sa durée peut être fort longue. M. Hardy l'a vue se prolonger pendant plusieurs années. Elle peut durer cinq ans, six ans, neuf ans, dix ans. Cependant l'état général du malade peut rester bon pendant des années ; il peut y avoir des poussées successives, et la guérison est possible. On ne doit nullement désespérer. Dans quelques cas rares, la mort survient très rapidement, en trois ou quatre mois.

TRAITEMENT

La thérapeutique du pemphigus foliacé est la partie la moins avancée de son histoire.

Toutes les tentatives de médication interne ou externe sont restées sans résultat. Ni l'arsenic, ni la belladone, ni l'ergotine, ni les nervins de toute espèce, n'ont aucune efficacité.

La médication est purement palliative; les bains ne peuvent être utilisés qu'éventuellement et en petit nombre pour nettoyer la peau; s'ils sont réitérés, la peau se macère, les phlyctènes se multiplient, et l'on est bientôt forcé d'y renoncer. Les enveloppements de lint enduit de vaseline, d'onguent de zinc, imbibés de liniment oléo-calcaire, les divers enveloppements humides simples ou médicamenteux, trouvent des indications successives.

Toutes les fois où l'on a essayé d'introduire dans les pansements une substance active, sublimé, salol, iodoforme, ichtlyol, acide pyrogallique, etc., il n'est survenu aucune modification favorable et on a eu à lutter contre des accidents d'absorption médicamenteuse immédiats. Dans un cas où la fétidité de l'exsudat avait fait tenter des enveloppements avec le liniment oléo-calcaire iodoformé, même à faible dose, M. Ernest Bernier a vu survenir de l'iodoformisme aigu délirant; et la mort du malade survenue inopinément peu de jours après, pourrait dans une certaine mesure, être imputée à cet accident. Une autre fois sous l'action d'onctions avec la

vaseline salolée à très faible dose, 1 pour 100, il s'est développé des accidents d'intoxication phéniquée et de dermite.

Nous lisons dans les *Annales de dermatologie* de 1882, page 175 ; pemphigus foliacé guéri par les courants continus et induits, par P. de Amicis (*Rivista clinica e terapeutica*, février 1882).

Nous rapportons l'observation :

Le malade avait une éruption chronique de pemphigus localisé à la face interne du membre inférieur droit. La nutrition de cette partie du corps avait beaucoup souffert : amaigrissement notable, contracture musculaire maintenant la jambe en demi-flexion, peau recouverte par des lames épidermiques d'un jaune-verdâtre très épaisses, cachant un épiderme rosé en quelques points, rouge foncé en d'autres ; çà et là phlyctène et points dénudés, sièges d'une exsudation séro-purulente.

Divers traitements locaux ou généraux furent inutilement prescrits (arsenic, fer, quinquina, bains tièdes prolongés, emplâtre diachylon, liniment oléo-calcaire, pommade à l'acide chrysophanique) ; mais il n'en fut pas de même de l'électricité.

De Amicis la prescrivit sous forme de courants alternativement induits et constants. Les séances duraient environ dix minutes. Les effets de la cure dépassèrent toute attente.

Après moins de vingt-six séances, toute éruption nouvelle de bulles avait disparu. Bientôt le membre malade eut repris le volume de l'ancien, la contracture cessa, la peau reprit sa coloration normale, et le processus foliacé fit place à de la desquamation pityriasique. Le malade quitta l'hôpital avant la guérison complète.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Service de M. le docteur Tenneson. Salle Alibert, lit N° 20.

Hôpital St.-Louis

Ménary Marie, 30 ans, passementière.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter du côté des antécédents au point de vue des maladies de la peau.

Père mort à 51 ans, était alcoolique.

Mère a eu 11 enfants, en a élevé 10, dont 9 sont vivants et bien portants.

N'est pas mariée.

Debut. — Le 1^{er} janvier 1894, la malade eut une très grande frayer. — Un employé du chemin de fer rentrait la nuit dans sa maison, lorsque pris d'une congestion, cet homme tomba dans l'escalier et alla se frapper la tête contre le mur. On appela la malade qui, à la vue du sang qui coulait, eut une émotion très vive; elle était indisposée à ce moment et les règles s'arrêtèrent. Huit jours après, les règles revinrent pendant 2 jours et s'arrêtèrent de nouveau, la malade éprouvait de grandes douleurs au niveau de l'abdomen. Quatre ou cinq jours après, un nouvel afflux menstruel apparaît, mais le sang était très pâle et les pertes très abondantes, ces pertes durèrent pendant un mois environ.

En même temps, la malade s'aperçut qu'elle avait sur le corps des petits boutons de la grosseur d'une tête d'épingle; ces boutons étaient très prurigineux.

Elle vint à la consultation de Saint-Louis, où on lui donna de la pommade soufrée qui fit disparaître les boutons. Les démangeaisons persistaient; pour les calmer, elle alla prendre un bain sulfureux et à la suite de ce bain, elle remarqua une rougeur peu intense qui formait

des taches sur son corps. Rien à la figure. La malade ne se préoccupa pas de ces rougeurs; deux mois après, survinrent des bulles qui se montrèrent d'abord autour de la taille et du cou, où elles formaient, suivant la comparaison de la malade, comme un véritable collier.

La malade entra alors dans le service de M. le docteur Tenneson qui lui donna comme traitement des compresses d'eau bouillie et des bains. Au bout de 10 jours, la malade sortit; les bulles avaient disparu, mais les rougeurs persistaient encore.

La malade rentra chez elle et se mit à travailler comme par le passé; elle s'apercevait cependant qu'elle n'allait pas aussi bien qu'au début. Elle ressentait un malaise général; l'appétit était très diminué, elle éprouvait du dégoût pour certains aliments, notamment pour la viande.

Les digestions se faisaient difficilement, éructations assez abondantes, pas de diarrhée, mais au contraire plutôt de la constipation.

Pour combattre cet état, la malade se mit plusieurs vésicatoires dans le dos et sur la poitrine.

Elle rentra au service de M. le docteur Fournier.

A ce moment, elle présentait une rougeur très vive de toute la peau, mais pas de bulles. Les bulles se montrèrent 4 ou 5 jours après son entrée à l'hôpital; elles apparurent aux pieds et aux mains; ces bulles étaient très abondantes, et on lui crevait avec des ciseaux, elles laissaient écouler un liquide jaunâtre et fétide. Les ongles tombaient.

Au bout de 3 mois, la malade sortit sur sa demande. Mais 17 jours après, elle fut obligée de rentrer et fut reçue chez M. le docteur Danlos, où elle resta un an. On lui appliqua du liniment oleo-calcaire, les bulles avaient disparu, et on remarquait à la place, des taches semblables à des brûlures.

Ce n'est qu'au bout d'un an, le 6 avril, à la suite d'un grand chagrin (on venait de vendre tout ce qu'elle avait chez elle), que les bulles apparurent alors sur tout le corps et également sur la figure. Elles disparaissaient et reparaissaient, et cela pendant un mois. Au bout de ce temps survinrent, alors des squames très abondantes, qui en tombant, laissaient une forte poussière dans le lit.

La malade sortit encore une fois de l'hôpital, mais incapable de marcher, elle tomba dans la rue et on l'amena chez M. le Dr Tenneson où elle est depuis le mois de juin.

État actuel — Si nous examinons la malade, nous constatons l'aspect suivant :

Figure — La figure présente une coloration rouge uniforme; on ne constate pas de bulles La peau est épaissie, et on remarque de chaque côté sur les joues, la présence de nombreuses squames formant des placards assez étendus, on remarque également par places des traces de grattages, dus à ce que la malade éprouve par moments des démangeaisons insupportables, surtout la nuit.

Le front présente également une grande quantité de squames avec un léger suintement. Les sourcils sont tombés de même que les cils, et la malade se plaint de troubles du côté de la vue; elle ne distingue pas es objets qui sont un peu loin et ne peut lire longtemps. Les dents de la machoire supérieure ne sont pas tombées, mais se sont cassées depuis le début de la maladie.

Au niveau des oreilles, on observe également beaucoup de squames avec un suintement plus abondant qu'au niveau du front; elles sont assez douloureuses à la pression.

La langue est d'un rouge vif sur les bords et douloureuse. Les cheveux sont presque tous tombés; ils s'arrachent très facilement. On constate la présence de squames extrêmement épaisses et abondantes formant par endroits de véritables placards; c'est surtout au niveau des régions temporales que la chute des cheveux est le plus accentuée.

L'examen du cou permet de constater également une rougeur uniforme avec des Squames plus ou moins nombreuses. Les ganglions de la nuque sont un peu augmentés de volume et roulent sous le doigt, il existe également un peu de raideur de la nuque.

Le tronc est d'un rouge vif; on n'y constate pas la présence de bulles; mais la peau est soulevée très nettement en certains endroits et laisse voir un grand nombre de squames séparées par des intervalles de peau saine, laquelle présente une rougeur plus marquée qu'au niveau des autres points; la surface à ce niveau est légèrement suintante.

Les membres supérieurs présentent surtout comme caractères de la rougeur; les squames y existent également, mais sont moins prononcées qu'au niveau du tronc; la surface est très prurigineuse.

Les ganglions de l'aisselle sont également un peu augmentés de volume, mais non douloureux à la pression. Les doigts sont très amincis et réduits pour ainsi dire au squelette. Les ongles sont fendillés depuis le début de la maladie, ils sont déjà tombés plusieurs fois pour repousser ensuite.

L'abdomen et les membres inférieurs présentent les mêmes altérations, rougeur et nombreuses squames.

Les ongles des orteils ont présenté les mêmes lésions que ceux des doigts.

État général. — Les forces ont complètement disparu, la malade ne peut se lever, ni marcher c'est à peine si elle peut rester assise sur son lit.

L'appétit est presque nul; elle en est réduite à se nourrir avec du lait. Elle a toujours du dégoût pour la viande, mais mangerait avec plaisir des légumes, surtout des légumes verts.

Les digestions sont difficiles, eructations nombreuses. Il y a 3 mois, elle eu quelques vomissements, mais actuellement ils ont disparu.

Actuellement aussi la malade a un peu de diarrhée, 3 ou 4 selles par jour; auparavant, elle était constipée et était obligée de prendre des remèdes pour aller à la selle.

Au mois de novembre, elle a présenté de la fièvre pendant quelques jours, 39°, mais actuellement la température est normale.

L'état moral est très défectueux; la malade est très impressionnable et pleure pour le moindre motif.

Examen des urines. — L'examen des urines répété plusieurs fois à permis de constater une diminution de la quantité des urines et également une diminution très considérable de la quantité d'urée émise en 24 heures.

1^{re} Analyse :

15 octobre —	{ 6 grammes d'urée	} en 24 heures
	{ 1 litre — 200 grammes	

2^e Analyse :

28 octobre —	{ 8 grammes 95	} en 24 heures
	{ 1500 grammes	

3^e Analyse :

9 janvier —	{ 5 grammes	} en 24 heures
	{ 800 grammes	

OBSERVATIONS II (personnelle résumée)

Service de M. Hallopeau, salle Lugol, lit n° 25.

Bouchard, Anna, 44 ans, ménagère, entrée le 27 octobre 1893.

Début en mars 1893. La maladie a débuté le 22 mars 1893 quelques jours après une violente émotion. Les premières bulles se sont manifestées sur la face dorsale de l'avant-bras gauche ; il s'en produisit d'autres les jours suivants sur les bras, aux mollets et aux cuisses. Quelques jours après, une éruption de grosses bulles s'est produite sur le tronc.

Etat actuel. — L'éruption occupe toute la surface du corps ; les bulles qui avaient existé au début ont complètement disparu ; ces bulles contenaient un liquide citrin. Le dos est le siège de nappes érythémateuses. La malade accuse un prurit assez intense ; pas d'adénopathie ni d'œdème. On remarque une éruption constituée par une rougeur généralisée sur tout le corps avec de nombreuses squames, surtout au niveau du tronc ; il existe également des croûtes jaunâtres dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une pièce de cinquante centimes. Le cuir chevelu est aussi envahi par des croûtes jaunâtres. Aux membres, il y a des intervalles de peau saine, les croûtes y sont plus épaisses.

Les squames sont foliacées, ovalaires, de quatre centimètres l'étendue, peu adhérentes. Le visage est amaigri, rétracté, pas de lésions conjonctivales.

Actuellement, il n'y a pas de fièvre. Les cheveux et les poils sont tombés. La malade est affaiblie, assez souvent elle a de la diarrhée.

Depuis deux ans, l'affaiblissement va en croissant, l'amaigrissement est extrême ; il est impossible à la malade de se lever.

OBSERVATION III

Pemphigus foliacé typique. (Dermatite mixte primitive, bulleuse, exfoliante et exsudative). *Hôpital Saint-Louis, Service de M. Ernest Besnier, salle Alibert, n° 59-21. Année 1891. M. E. Leredde, interne du service.*

Femme de 40 ans, de taille et de complexion moyennes, ménagère, de bonne santé habituelle, ayant eu sept enfants, tous vivants, le dernier il y a dix-huit mois. Très impressionnable, excellente mère de famille ; de condition moyenne ; depuis plusieurs années, accablée de

soucis et de chagrins, causés par son mari, devenu alcoolique. Elle n'est pas hystérique; n'a dans ses ascendants, ni alcoolique ni épileptique. Dans la ligne collatérale on ne trouve qu'un cousin atteint d'aliénation temporaire.

Depuis un ou deux ans avant le début de la maladie actuelle, la malade était devenue sujette à des démangeaisons, ayant surtout leur siège dans la région interscapulaire, et pendant ce temps, elle aurait eu des poussées d'éruption ortiée. (?)

C'est seulement à la fin d'octobre 1891, que le prurit devint accentué, et que l'on constata quelques petites bulles dans la région interscapulaire. Quand la malade alla consulter le médecin de son pays, au mois de décembre, il y avait déjà des bulles nombreuses sur le thorax, le dos, les membres inférieurs; le linge était constamment taché; la période squameuse était constituée dans la région dorsale.

Pendant les premiers mois de l'année 1891, la progression et l'extension des altérations continua. Il y avait eu des bulles presque partout, même au visage; et, en avril 1891, sixième mois, le corps entier était envahi. En mai, amélioration partielle, éphémère. Au mois de juin, quand la malade me fut adressée à Paris, elle était dans l'état où on peut la voir aujourd'hui, et telle que la montrent très exactement les photographies que je vous présente, et que j'ai disposées dans le musée.

L'altération cutanée que présente notre malade est *composite*, comprenant des *bulles*, des *squames*, une *exsudation diffuse vésicatoire*, avec combinaison et prédominance variées, en rapport avec les exacerbations ou les accalmies ainsi qu'avec le mode de pansement usité.

Les bulles. — Elles ont existé dès le début et elles ne cessent de se produire incessamment encore aujourd'hui, dix-septième mois de la maladie. On les observe naissantes sur tous les points du corps, le cuir chevelu excepté; mais leur lieu de production essentielle réside aux avant-bras, aux mains, aux pieds, aux jambes. Leur dimension varie de celle d'un pois à celle d'une amande, leur paroi est extrêmement mince, toujours opaque, et finement plissée, très fragile et se rompant à la moindre violence, si elle reste appliquée à la place qu'elle occupait elle se dessèche rapidement, se double par sa face profonde du produit exsudé au-dessous d'elle, s'épaissit, reste adhérente un certain nombre de jours, puis se détache par les bords et tombe se desséchant alors assez rapidement. Si la surface bullaire est dépouillée de sa cuticule

pendant la période d'activité, on trouve le réseau à peu près à nu, la couche papillaire du derme rosée ou rouge, un peu granuleuse, succulente, humide, très analogue à la surface de la peau phlycténifiée par la cantharide. Il continue plus ou moins à suinter un exsudat qui, se mêlant à l'exfoliation épidermique qui continue, constitue des squames jaunâtres recouvrant tout le corps.

Quand plusieurs bulles coalescent, elles forment des agglomérats phlycténoïdes flasques, incomplètement dénudés, à bords décollés, comme macérés, véritables lacs bullaires.

Les squames. — Elles existent partout ; elles se détachent sans cesse en abondance et remplissent le lit de la malade ; en peu de jours on en peut remplir un bocal semblable à celui que je vous présente. Si l'on fait un enveloppement gras ou humide, la mue diminue un peu, mais elle ne cesse pas, elle est seulement dissimulée par la transparence de la graisse, et les lamelles épidermiques restent adhérentes aux pièces de pansement. Si l'on maintient la surface cutanée dans la poudre d'amidon, en 48 heures les squames se multiplient, la surface du corps devient sèche, et la mue beaucoup plus apparente.

Les squames, succédant à la bulle ou à une phlyctène, ou à une exsudation localisée, et étant incessamment soulevées et éliminées, occupent la place de la lésion dont elles dépendent, en prenant la forme, restent, comme les bulles ou les phlyctènes, juxtaposées, jamais imbriquées, et donnent une mosaïque irrégulière à grands ou à petits dessins. Le plus ordinairement elles sont très irrégulières ; parfois si elles succèdent à une bulle bien limitée, elles forment des squames croûteuses, arrondies, collées comme des pains à cacheter, quelquefois si déprimées à leur centre en verre de montre plates et striées de lignes concentriques. Le plus généralement ce sont des lambeaux irréguliers de trois à quatre centimètres, plus ou moins. Au dessous d'elles, quand on les enlève avant leur chute, on trouve la peau, tantôt rosée ou suintante, tantôt déjà vernissée d'une nouvelle lame en voie d'évolution exfoliative. Si on dénude une surface étendue par le bain, un cataplasme, le maillot humide, les enveloppements gras ou huileux, on voit le derme rouge, comme vésiqué superficiellement, suintant et exfoliant. Mais dans tous les cas, la dénudation reste superficielle, le processus est certainement épithélial, la dermite proprement dite, secondaire et accessoire. Chez la malade, on ne trouve nulle part ailleurs qu'au visage, le derme vraiment épais et succulent ; de temps à autre, sur les membres et sur le

tronc, il se fait des accalmies partielles et il est alors aisé de constater que le derme proprement dit reste normal, ou revient aisément à l'état normal.

Voici le détail des lésions cutanées, par régions, décrite par M. Leredde au moment de l'entrée à l'hôpital.

Surfaces muqueuses. — La cavité buccale, la langue, le pharynx ont toujours été indemnes depuis le début; la partie exposée de la surface rouge des lèvres exfolie et se fendille, mais ne va pas au delà.

Les conjonctives incessamment remplies par les débris squameux sont en état d'irritation subaiguë; il y a un peu d'ectropion, mais aucune lésion bulleuse ni exsudative; les deux cornées portent des leucomes, mais la malade assure qu'ils datent de l'enfance.

La face entière, sauf le nez et le pourtour de la bouche, un peu moins atteints au moment de la première observation, est recouverte de squames jaune glaise, plates, séparées les unes des autres par des lignes de rupture peu larges. Ces lignes n'ont de direction régulière qu'au niveau du sillon naso-labial; elles lui sont perpendiculaires; sur le reste, elles sont disposées d'une manière quelconque. Les squames sont peu épaissies, molles. Quand on les enlève avant qu'elles tombent naturellement, elles laissent une surface universellement rouge, un peu suintante. Sur le nez, la lèvre supérieure on ne trouve que quelques croûtes impétigoïdes, isolées. Mais, dit la malade, il y en a eu autant en ces points que sur le reste de la figure il y a deux ou trois mois. La face muqueuse des lèvres, dans sa partie visible à l'extérieur présente quelques croûtes superficielles très adhérentes. Mais si on ouvre la cavité buccale, on n'y trouve aucune altération. Les dents sont bien tombées, mais il y a dix ans. Jamais, la malade le déclare formellement, il n'y a eu de bulles dans la bouche. La langue a une coloration un peu blanchâtre, la luette présente deux trois petits points rouges et c'est tout. Les fosses nasales n'offrent rien de particulier en ce moment. Mais il y a eu dans le nez quelques petites croûtes que la malade faisait tomber, ce qui amenait l'écoulement de deux à trois gouttes de sang.

La conjonctive gauche, cachée par les paupières épaissies et saines et la droite est un peu rongée au niveau du sillon oculo-palpéral et dans le grand angle de l'œil il y a habituellement une gouttelette de liquide puriforme. Les sourcils et les cils sont respectés en apparence mais ne poussent plus beaucoup. Et, quand on les tire un peu, on arrache facilement des poils dont la racine est atrophiée. Le cuir chevelu, à la

partie supérieure du crâne où il est presque à nu, présente une sécrétion adhérente grasse, donnant quelques croûtes irrégulières, peu épaisses. Les cheveux sont plantés sans adhérence aucune. Leur extrémité est très atrophiée, ils ont conservé leur couleur brune ancienne.

Les oreilles sont comme la figure entièrement recouvertes de squames imbriquées qui se moulent sur le sillon et se continuent dans le conduit auditif externe. Jamais il n'y a eu de troubles dans l'audition. Les oreilles ainsi affectées sont facilement suintantes. Sur le cou, l'aspect est identique à celui de la face, c'est-à-dire qu'on y trouve de larges squames, peut-être se renouvellent-elles un peu moins souvent qu'au visage, aussi peut-on même reconnaître la couleur rouge du fond.

Face antérieure du tronc. — Il en est encore de même sur la paroi thoracique. La peau n'y est pas épaisse.

Au niveau de l'extrémité des seins il se fait une accumulation de croûtes des plus remarquables. Le mamelon est recouvert par une série de squames s'engainant les unes les autres, donnant une épaisseur considérable. Et quand on prend le mamelon ainsi épaissi entre les doigts, on le trouve dur, résistant à la pression.

Sur le ventre, les squames sont moins épaisses, moins sèches que sur le tronc, et la peau y devient pigmentée. L'ombilic est plissé, rouge et produit une sécrétion hyoïde. Il n'y a jamais eu de bulles sur les muqueuses génitales ni à l'anus, les poils du pubis sont encore adhérents.

Face dorsale. — Dans toute l'étendue du dos, les squames sont extrêmement nombreuses, confluentes, adhérentes, le fond est rouge dans les points où elles sont tombées et tous les matins, l'oreiller de la malade est taché par le liquide qui s'est écoulé abondamment.

Membres supérieurs. — Les squames sont cohérentes sur les bras mais déjà le fond a une couleur moins rouge que sur le tronc. A mesure qu'on s'approche de l'extrémité inférieure du membre, on trouve de plus larges surfaces relativement saines, c'est-à-dire sans squames, notamment des faces antérieure et postérieure du coude à droite et des deux côtés des mains. Mais même dans ces régions on trouve de temps en temps des bulles, comme on en rencontre aujourd'hui à la face postérieure du coude à gauche où l'une a les dimensions d'une pièce de deux francs.

Les mains en dehors de ces bulles isolées sont recouvertes d'une peau normale dans son épaisseur, à sa coloration à la face dorsale. A la

face palmaire, la peau est sèche, sableuse, dit le malade, un peu rugueuse.

Les ongles sont absolument normaux et cela depuis le commencement de la maladie.

Membres inférieurs. — Sur les cuisses, on retrouve des squames cohérentes recouvrant presque toute la surface : le genou gauche à la partie antérieure présente une peau saine, à sa face interne il existe une vaste surface dénudée superficiellement, à contours polycycliques, reste de bulles apparues il y a sept ou huit jours.

Sur les jambes, le nombre des squames est déjà moins grand. Dans les intervalles qu'elles laissent on trouve des macules nettes, légèrement pigmentées.

Aux fesses, au niveau des points de pression, on retrouve des surfaces dénudées et saignantes, reste de bulles qui n'ont pas formé de croûtes.

Enfin les pieds à leur face dorsale présentent quelques squames isolées. A leur face palmaire, mêmes caractères qu'aux mains ; les ongles sont absolument sains.

OBSERVATIONS IV

Pemphigus foliacei papillomateux (Dermatite exfoliante, exsudative et bulleuse, avec papillomatose secondaire survenue au cours de la deuxième année.) *Hôpital St-Louis, service de M. E. Besnier, salle Cazenave, n° 50, année 1890, M. Louis de Saint-Germain, interne du service.*

Homme de 40 ans, vigoureux, très bien portant avant le début de cette maladie, impressionnable avec tendance mélancolique, vivement ému par une série de chocs affectifs éprouvés coup sur coup peu de temps auparavant. Début (au rapport du patient), en février 1889, par un prurit à localisations principales au nez, au dos, dans la tête ; sur les points grattés, il ne se formait que des « peaux », des squames.

Trois mois après, subitement, poussée intense et générale ; rougeur, suintement, desquamation, obligation de prendre le lit. Les bulles, ou au moins les bulles nombreuses et abondantes, n'auraient été constatées par le patient que deux mois après le début de la phase grave (), et seulement aux mains et aux pieds. Les ongles sont devenus striés et cassants ; les poils, notamment les cheveux sont tombés, et l'alopécie a duré quatre mois.

Cinq mois environ après l'exacerbation, et huit mois après le premier début, au mois d'octobre 1889, il s'est fait, soudainement, un apaisement de tous les phénomènes; le malade put se lever, et il ne restait sur la face, la tête et les membres qu'un « état farineux ».

Au mois d'avril 1890, nouvelle exacerbation ayant, en peu de jours, reconstitué la maladie sur toute la face du corps; deux semaines ont suffi pour reproduire une dermatite généralisée exfoliante et exsudative et, au moment où le malade arrive à l'hôpital, il y avait déjà six semaines qu'il était contraint de garder le lit.

L'aspect général de la peau, au moment de l'entrée du malade, est fidèlement représenté dans la très belle photochromie que j'ai fait exécuter par Méheux, et que je dépose dans le musée de l'hôpital Saint-Louis où on pourra la consulter.

La peau du corps entier, généralement rouge pâle, et recouverte de larges squames grises, jaunâtres, cohérentes, quelquefois superposées, luisantes par place, entre elles, présente des lacunes répondant aux fragments récemment tombés ou ovulsés par une cause quelconque, et qui marbrent de plaques rouges l'enduit blanc jaunâtre qui recouvre tout le corps. Ces détails se voient *ad naturam* sur notre photochromie, qui est de grandeur naturelle.

Sur certains points des membres, particulièrement aux mains et aux pieds, les lacunes sont beaucoup plus larges, de vastes lambeaux, surtout affaissés de phlycteno-bulles sont détachés, ou se détachent; c'est en minorité que l'on trouve de véritables bulles, à moins de faire l'examen de très grand matin ou quand le malade, ayant reposé quelques heures, n'a pas excorié les phlyctènes ou les bulles, toujours incomplètement remplies, et recouvertes d'une enveloppe très mince, plissée, opaque et très fragile. Ajoutez à cela que l'exfoliation cornée sur divers points, aux surfaces de pression, oreilles, épaules, régions fessières, aux grands plis, aux organes génitaux, à l'anus ou au creux poplités, s'accompagne d'une transmutation séreuse, grasse, collante, très fétide, et vous aurez une idée générale et sommaire, mais exacte, du tableau dermatographique de cette dermatite, à la période d'état. Sur les muqueuses proprement dites, aucune lésion, à aucune période; voilà assurément un phénomène négatif remarquable à ne pas oublier dans la constitution nosographique du type.

Voici, pour servir aux observateurs qui voudraient approfondir le détail dermatographique, un exposé méthodique et complet de l'état de

la peau par région, au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, dressé par Louis de Saint-Germain.

Tronc. — Partie antérieure.

Les squames sont plus petites que partout ailleurs et absolument rapprochées, absolument confluentes, ne se trouvant nulle part séparées par des espaces de peau saine : les poils n'ont subi aucune altération, pas plus que dans les autres régions. Face postérieure : comme à la face antérieure, les croûtes sont petites, très rapprochées, paraissant avoir fait suite à des bulles peu volumineuses et confluentes. A la région fessière, la peau est débarrassée des squames épidermiques, rouge, couverte par places de lambeaux d'épiderme macéré et n'ayant conservé que son caractère de surface cutanée, vésiquée.

Les lésions ne sont nullement profondes, la peau est seulement rubéfiée et a dû être à un moment donné soulevée par des bulles assez larges comme sous un vésicatoire.

Cou, tête, orifice. — Le cou est couvert de croûtes qui, par places, sont très confluentes, très épaisses, tassées, superposées, par places il existe des portions de desquamation.

La face, d'une façon générale, est couverte de squames croûteuses, tellement confluentes que le malade porte un véritable masque ; ces squames sont jaunâtres, empiètent les unes sur les autres, et c'est surtout à la face qu'on peut dire quelles forment un véritable feuilleté.

On ne trouve pas à la face ces larges desquamés et rouges ; c'est à peine si, en de très rares endroits, on trouve une toute petite place privée de squames.

Le front est entièrement couvert de squames, mais moins épaisses que sur les joues et seulement cohérentes, sans empiéter les unes sur les autres. La région a plutôt un aspect parcheminé, avec des craquelures. Les paupières ne sont pas indemnes et les squames s'avancent jusqu'à leur bord libre, provoquant de la blépharite et de la conjonctivité.

Le nez, lui aussi, possède une carapace complète, les croûtes environnent les orifices narinaires et la muqueuse voisine des orifices paraît sécréter une certaine quantité de sérosité qui, avec des débris épidermiques, forment magma. Pas plus que les cheveux, les sourcils, les cils, les moustaches, la barbe, ne sont attaqués.

Les oreilles sont envahies par des croûtes humides assez épaisses,

et le conduit auditif est obstrué par une bouillie assez concrète, formée de produits de sécrétion et de débris épithéliaux.

La bouche est entourée de croûtes qui n'empiètent pas sur la muqueuse labiale. Les lèvres sont sèches et sont le siège d'une desquamation épidermique.

On ne trouve rien d'anormal sur la muqueuse buccale, la langue est absolument normale, l'appétit est conservé excellent.

Membres inférieurs. — Pied droit. Toute la face plantaire est soulevée, formant une véritable semelle épidermique; une partie de cette semelle est tombée, laissant apercevoir au-dessus d'elle la peau normale et sèche.

La face dorsale présente, d'une façon générale, des squames larges mais assez espacées et séparées par des intervalles de peau d'aspect normal.

Il existe néanmoins une surface assez régulièrement rectiligne, occupant toute la longueur de la face dorsale, longeant le deuxième métatarsien et qui peut-être n'a pas été envahi par la lésion cutanée.

La face dorsale des orteils est occupée ainsi par un large soulèvement épidermique en masse.

Le bord interne du pied a presque entièrement desquamé et la peau à ce niveau, complètement débarrassée de ses squames, paraît normale.

Jambe droite. — Toute la jambe droite est couverte, sauf en de rares endroits, par des squames épidermiques confluentes, ne laissant pas d'intervalles entre elles; par places surtout le suintement de sérosité a formé des concrétions croûteuses marquant la séparation des squames.

A la partie antérieure et inférieure de la jambe, on trouve une surface ovalaire à grand diamètre transversal couverte d'une couche épidermique macérée, affaissée et humide, trace évidente d'une large bulle crevée récemment.

A la face postérieure de la jambe, on trouve également de ces vertiges de bulles plus larges que le précédent, arrondis, possédant les mêmes caractères : placards d'épiderme macéré, à bords assez nets.

Les malléoles sont indemnes ou tout au moins libres de soulèvements épidermiques.

Genoux. — Rien de spécial à signaler à la partie antérieure.

Au niveau du pli de flexion on trouve une certaine étendue de peau

saine, occupant la partie la plus externe de ce pli, mais la moitié interne est couverte d'épithélium soulevé, macéré et suintant.

Cuisse droite. — La cuisse droite est couverte de squames et de croûtes confluentes. De rares places à la face postérieure, à bords irréguliers polycycliques, semblent avoir été épargnées ou avoir perdu depuis longtemps leur caractère desquamatif.

A la partie supérieure et interne de la cuisse, dans la région qui environne les organes génitaux, on trouve une assez large étendue de peau saine toujours à bords irréguliers; c'est la surface la plus étendue de peau normale, comme aspect du moins, qu'on trouve sur le malade.

N. B. — Il est à noter, une fois pour toutes, pour les membres, que sur les cuisses, les jambes, et surtout les endroits pourvus de poils, le système pileux n'a pas eu à souffrir, peut-être même s'est-il développé davantage.

Pied gauche. — Comme sur le pied droit, l'épiderme de la face plantaire s'est soulevée en masse, et se décolle en semelle sur les bords du pied.

Quand on regarde de face la région plantaire, il semble que toute la région, sauf la voûte, soit couverte de peau saine; l'épiderme est cependant mortifiée en totalité puisque, par traction, on pourrait le détacher entièrement.

Au niveau de la voûte, on observe la même desquamation croûteuse que celle qui existe sur presque toute la surface cutanée.

Sur la face dorsale, on trouve la desquamation à larges squames et croûteuses, mais à éléments espacés et séparés par des intervalles appréciables.

Deux endroits présentent de la peau normale ou redevenue telle; l'un, un peu au-dessous et en avant de l'articulation tibio-tarsienne, l'autre formant une bande au-dessus de la racine des orteils.

Les ongles présentent presque tous les mêmes lésions, consistant en une striation transversale très appréciable et que le malade attribue nettement à sa maladie.

Il n'avait rien de semblable auparavant.

Jambe gauche. — La jambe gauche est couverte de squames assez peu étendues, très confluentes, séparées en de très rares et très

minimes endroits, par de la peau non envahie; en revanche elles possèdent plus de régions, tantôt couvertes d'épiderme macéré et suintant, tantôt de couleur rouge, assez vive et sécrétant une sérosité épaisse et poisseuse.

Genou gauche. — Rien de spécial à sa partie antérieure. Le pli de flexion est moins épargné que celui du genou droit et presque toute l'étendue de ce pli est suintante, couverte d'épiderme soulevé et macéré. Comme au niveau du pli de flexion du genou droit, ce soulèvement épidermique, vestige de bulles affaissées, présente des bords polycycliques.

Cuisse gauche. — La cuisse gauche est couverte de croûtes et de squames de petit volume; ça et là quelques places larges comme une pièce de deux francs, circulaires, dépourvues d'épiderme et rouges,

Là, comme ailleurs, les poils ont persisté et n'ont aucune tendance à tomber.

A la partie supérieure et interne, comme à la cuisse droite, une plaque de peau normale à bords très irréguliers, entoure la racine des bourses.

Organes génitaux. — Le scrotum et le pénis sont recouverts de squames espacées et ce qui domine en cette région, c'est la sécrétion abondante, à odeur fétide, surtout dans le sillon cruro-génital.

Sillon-inter-fessière. — La peau y est pour ainsi dire normale.

Membres supérieurs. — Les mains desquament en larges lambeaux, au niveau de leur paume. C'est une desquamation ou plutôt un dépouillement en masse, comme à la plante des pieds.

Au la face dorsale des mains, les squames et les croûtes sont plus espacées et séparées par des espaces de peau normale.

Sur les faces des doigts qui s'accolent à la face correspondante des doigts voisins, le dépouillement s'opère également en masse, mais la sécrétion est très abondante à ce niveau.

Au niveau des poignets, la peau est moins squameuse et moins croûteuse.

Bras et avant-bras. — Les bras et les avant-bras ne présentent pas de caractères spéciaux dans la lésion; à leur surface, on observe une grande abondance de croûtes, assez larges pour la plupart et séparées

en certains endroits par des plaques arrondies, les unes couvertes d'épiderme macéré, les autres à nu et d'un rouge vif.

Le pli du coude est en partie respecté des deux côtés.

La saillie olécraniennne au contraire est à nu et rouge comme d'ailleurs tous les points qui sont soumis à une pression prolongée, comme nous le verrons en examinant les fesses.

Les aisselles sont presque complètement respectées ou tout au moins normales pour le moment ; là comme ailleurs les poils sont conservés.

Les troubles de la santé générale et les phénomènes subjectifs ne sont pas en rapport avec l'intensité des phénomènes cutanés.

L'appétit est conservé ; la digestion est sensiblement normale ; l'urine est en quantité très inférieure à la somme des boissons, toujours faible en urée d'au moins un tiers au-dessous de la normale et riche en acide urique de près d'une moitié en excédent. La soif habituellement vive. Les malaises éprouvés par le malade varient extrêmement d'un jour à l'autre. Tantôt il accuse simplement la gêne de mouvoir sa peau et ses membres engainés dans la carapace squameuse qui le recouvre ; mais cette sensation prend de grandes proportions quand la peau est laissée à elle-même ou séchée par l'amidon ; elle s'efface et s'annihile si la peau est enduite d'un corps gras, ou soumise au maillot humide.

Le prurit déclaré par le patient serait très vif et très pénible ; mais, en réalité, il se gratte peu ou, en tout cas, avec douceur, car il ne présente pas les preuves matérielles du grattage ; les linges sont souillés de liquide coagulable ; mais nulle trace d'écoulement sanguin.

Une vive hyperthermesthésie est manifeste ; à peine le malade est-il découvert, qu'à l'instant il tremble de froid.

Pendant les mois suivants, l'affection reste immuable, ne subissant, des applications locales les plus variées, que des modifications temporaires bonnes ou mauvaises, avec une instabilité extrême. Un pansement, merveilleux la veille, devient « nuisible » le lendemain. De petits incidents, et rares, se produisent, tels que quelques séries de folliculites épisodiques, et de peu de durée. Il est au contraire extrêmement remarquable de voir la surface cutanée entière dans un état incessant d'exfoliation, de rougeur, d'exsudation, sans qu'il se produise aucun phénomène lymphangitique, aucune infection ni aucune intoxication secondaires appréciables.

L'altération générale du système phanérien s'établit paradoxa-

lement ; pendant que les ongles tombaient aux extrémités, les cheveux et la barbe étaient redevenus luxuriants. En même temps, le derme resté longtemps peu lésé, en apparence, se montre en prolifération papillomateuse fine, du quatrième au cinquième mois après le début de la rechute, et, au huitième mois, elle était généralisée surtout aux parties découvertes, et non constamment pansées : membres supérieurs, col, tronc ; elle n'est pas appréciable au cuir chevelu ni à la peau ; aux faces palmaires et plantaires, elle coïncide avec une hyperkératose accentuée.

Le mode évolutif des phénomènes cutanés est subaigu *Subintransit*.

Tous les quatre ou cinq jours, il survient une exacerbation, on voit des îlots plus rouges, à bords irréguliers, et il y a exagération des malaises, du prurit, du suintement, des bulles ou de la kératolyse phlycténoïde.

Les trois observations qui suivent sont celles rapportées par MM. Hallopeau et H. Fournier pour montrer les rapports qui existent entre le pemphigus foliacé et la dermatite herpétiforme. Nous les donnons sans commentaire.

OBSERVATION V

Juliette H... Agée de 18 ans, sous-directrice d'école, entrée le 3 novembre 1890, salle Lugol, lit n° 25.

La malade n'a pas d'antécédents morbides.

Le 31 mars, un enfant se casse la jambe dans son école; ce fait produit chez la malade une vive sensation; elle transporte l'enfant à l'hôpital en voiture et ressent après un malaise général.

Vers cette époque, apparait derrière le cou une plaque éruptive; la semaine suivante, des bulles surviennent sur la poitrine et dans le dos; deux plaques existent l'une sous le sein gauche, l'autre sur l'omoplate droite. Elles sont formées d'éléments renfermant un liquide citrin et transparent. Les plaques, grandes comme la paume de la main, occasionnent une sensation de cuisson.

Le 29 juin, les plaques s'agrandissent toujours par la formation de nouveaux éléments: la malade va consulter le D^r Brocq qui diagnostique: *Dermatite herpétiforme*. L'éruption s'étend aux bras et aux jambes.

Le 9 juillet, tout le corps est envahi.

La malade prend le lit et y reste jusqu'au mois de septembre, époque où les poussées cessent.

Le 15, septembre, H... éprouve une nouvelle contrariété; l'éruption se généralise, change de caractère et devient exfoliatrice.

Etat actuel. — Depuis trois semaines, la malade a la fièvre, maigrie, et se plaint de douleurs dans les jointures. Les règles n'ont pas eu lieu depuis le mois de juillet.

L'éruption laisse peu d'intervalle, de peau saine; elle est constituée actuellement par une rougeur généralisée, avec de nombreux soulèvements bulleux à contenu puriforme, se desséchant en croûtes jaunâtres. partout abondantes et confluentes; leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une pièce de cinquante centimes; elles forment parfois des trainées allongées.

Le cuir chevelu est aussi envahi par des croûtes jaunâtres; sur le devant de la poitrine, on remarque des exfoliations en larges lamelles épaisses qui ont plutôt le caractère de croûtelles; le ventre est le siège d'une éruption bulleuse confluyente: les bulles sont disposées en trainées allongées, d'un demi-centimètre de diamètre; elles sont sinueuses,

parfois en forme d'S, et simulant, quand leur contenu se concentre, des éruptions syphilitiques.

Aux membres il y a des intervalles de peau saine. Les croûtelles y sont peu épaisses, il y existe des trainées irrégulièrement circulaires. Deux de nos collègues pensent, comme M. Brocq, qu'il s'agit d'une dermatite herpétiforme, l'un de nous se prononce en faveur d'un pemphigus foliacé. ¹

Les ongles sont intacts.

4 novembre. Les gencives présentent des taches blanchâtres, provenant sans doute de bulles affaissées.

Il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires.

La langue est sèche et rouge.

Le 13. Il se produit à ce moment des phénomènes d'excitation psychique. L'état s'aggrave; de nouvelles poussées éruptives se produisent.

Le 15. La malade quitte l'hôpital. La malade réside pendant plusieurs mois dans sa famille; son état s'améliore sensiblement; les poussées bulleuses cessent entièrement de se produire; la dermatose n'est plus caractérisée que par une rougeur générale du tégument, une desquamation incessante en larges lambeaux et du prurit.

Au bout de six mois seulement, de nouvelles exfoliations bulleuses se produisent et la malade entre de nouveau au numéro 28, salle Lugol.

A ce moment, le visage présente une coloration uniforme d'un rouge vif disparaissant sous le doigt. Il est recouvert en beaucoup de points de bulles à contenu louche, peu saillantes, confluentes sur les joues, le nez et le front. Leur dimension varie d'un grain de millet à une grosse lentille. Sur le front elles sont disposées en séries linéaires concentriques qui dessinent des cercles autour des orbites.

Le cuir chevelu présente une rougeur uniforme légèrement suintante avec de minces croûtelles qui tombent rapidement.

Au cou, on note la même rougeur avec saillies papuleuses et minces croûtelles se détachant incessamment.

A la partie antérieure du tronc elle est rouge uniforme; il se fait une desquamation en larges lambeaux laissant à nu une surface suintante; il n'y d'intervalles de peau saine qu'au niveau des flancs.

Dans le dos, la rougeur est uniforme avec squames adhérentes simulant des papules. Quand on les enlève, on trouve la peau excoriée.

Aux membres la rougeur uniforme s'accompagne d'excoriations;

avec suintement et production incessante de larges croûtelles tombant comme des squames.

Les adémopathies sont très peu prononcées.

La dernière articulation phalangienne du médius est ankylosée.

Les ongles ne tombent pas, des squames sont accumulées sur leurs rebords.

Les gencives supérieures sont recouvertes de concrétions blanchâtres qui s'enlèvent facilement; au-dessous la muqueuse est rouge et excoriée. La malade souffre depuis longtemps d'insomnies rebelles.

Nous prescrivons des applications de vaseline boriquée au 100^e avec un 100^e d'huile de bouleau contre le prurit.

16 décembre 1891. Il n'y a plus de bulles sur le tronc; la face est recouverte de minces et larges croûtelles; la peau est hérissée au niveau de la houe du menton de petites saillies végétantes; la cornée droite s'est ulcérée et il s'y est formé un staphylôme; aux membres, comme au tronc, la peau est rouge et recouverte de minces et larges croûtelles: au-dessous d'elles, le derme est rouge et suintant, le prurit continue à être intense et des plus pénibles; il se produit le soir un léger mouvement pénible; l'amaigrissement est devenu extrême.

Le 27 février 1892, la température monte le soir à 39°5, le pouls a 124, toute la peau de la tête est rouge et recouverte de squames; lorsqu'on les enlève, on trouve des excoriations superficielles; il en est de même sur toute la surface tégumentaire; on note, comme faits nouveaux, l'apparition, dans les paumes des mains, des saillies végétantes semblables à celles du menton, et l'attitude vicieuse de plusieurs des doigts de la main droite; les deux articulations phalangiennes du médius et la première de l'index sont immobilisées; les deuxième phalanges sont en extension sur les premières, les troisièmes sur les secondes. L'amaigrissement est squelettique. La malade succombe à la fin de mars, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes; on a noté cependant que les téguments prenaient un aspect végétant à la partie postérieure des cuisses, et un état mammelonné de la langue.

Il n'est pas douteux que, sur cette malade, la dermatose a présenté, au début, tout au moins beaucoup de ressemblance avec une dermatite herpétiforme; le diagnostic porté alors par M. Brocq et deux autres de nos collègues, en fait foi; il n'est pas douteux non plus qu'ultérieurement le tableau clinique n'ait été pendant plus de 18 mois celui de pemphigus foliacé.

OBSERVATION VI.

Le nommé M..., âgé de 19 ans, ajusteur, a vu son éruption débiter dans les derniers jours de mars; l'un de nous qui l'a observé pour la première fois le 2 avril et a pu l'examiner à intervalles rapprochés jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, n'a constaté, comme circonstance pouvant avoir de l'intérêt au point de vue étiologique, qu'un logement défectueux: le jeune homme couchait sous une soupenne, dans un coin obscur; il était d'ailleurs d'aspect débile.

Sa dermatose ne paraît pas avoir eu, dans les premiers temps, le caractère franchement bulleux qu'elle présente aujourd'hui; lors du premier examen dont elle a été l'objet, elle était constituée par de nombreuses croûtes et croûtelles, assez épaisses et se détachant facilement; au-dessous, le derme présentait une coloration d'un rose vif; ça et là, on voyait quelques points ecchymotiques; l'éruption était limitée à la région dorso lombaire, à la poitrine et à la partie postéro-interne des membres; il n'a été noté, à ce moment, ni prurit ni démangeaisons; il n'y avait pas de fièvre, l'appétit était conservé. Le malade est traité par la pommade à l'oxyde zinc, de grands bains et le sirop d'iodure de fer. Il s'est produit, le 23 avril, une amélioration qui est encore plus accentuée le 9 mai; il n'en est plus de même le 16 mai; l'éruption a augmenté; la rougeur du derme est devenue plus vive; les squames sont plus abondantes; la face est envahie. Les parties malades sont alors recouvertes de caoutchouc; à l'intérieur, l'arséniate de soude est prescrit; le malade doit garder le lit.

Le 24 mai, il semble s'être produit de l'amélioration; le caoutchouc a fait tomber les squames; le derme moins rouge, est luisant; pour la première fois, on constate un léger suintement; le caoutchouc est supprimé et remplacé par des applications de poudre d'amidon.

Le 4 juin, l'éruption est redevenue squameuse: elle s'est encore étendue; elle occupe le cuir chevelu, elle s'accompagne de prurit; la santé générale est troublée; il y a un léger mouvement fébrile et un peu de diarrhée; le traitement consiste en des bains d'amidon, l'emmaillotement des avant-bras dans de l'ouate, l'application sur les autres parties malades de liniment oléo-calcaire; à l'intérieur, l'arséniate de soude est remplacé par des gouttes amères de Baumé et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 11 juin, la desquamation est encore plus considérable; l'épi-

derme s'exfolie en larges lamelles très abondantes, sèches et blanches, si ce n'est à la face où leur couleur est jaunâtre, elles y sont un peu imbriquées; leur forme est généralement arrondie, elles mesurent en moyenne 1 à 2 centimètres carrés; le derme sous-jacent est très rouge et suintant; au cuir chevelu, la desquamation à l'aspect pityriasique; le liniment oléo-calcaire est alors additionné de menthol.

Le 18, les extrémités sont intéressées; à la face, l'éruption a gagné les paupières; il en résulte, du côté droit surtout, un léger ectropion de la paupière inférieure; le prurit a augmenté, le suintement est plus abondant, il est devenu horriblement fétide; on continue les applications de liniment oléo-calcaire auquel on ajoute un centième d'acide phénique au lieu de menthol qui donnait au malade une sensation désagréable de réfrigération.

Le 21, la situation est la même; les bains sont supprimés: on applique localement un mélange de poudre d'amidon et de salol.

Le 1^{er} Juillet, le malade s'est amaigri; ses extrémités sont le siège d'un œdème notable; il n'y a aucun signe de maladie du cœur; on prescrit, à l'intérieur, l'usage des granules de Dioscoride.

Jusqu'au 12 août, moment où le malade est reçu par M. Tanselme, au n° 31 bis du pavillon Bazin. la situation reste à peu près la même; la rougeur et le suintement fétide persistent, il en est de même de la desquamation; elle se fait, aux mains, en doigts de gant, aux pieds en larges plaques; cependant l'état de ces parties présente de l'amélioration, la peau y revient saine, par îlots.

Le 15 août, M. Tanselme, constate, sur les parties du tégument où l'éruption n'est pas confluyente, l'existence de placards dont la périphérie est limitée par un soulèvement bulleux qui représente la zone d'extension de la plaque éruptive.

Le 4 octobre, l'état du malade est le suivant: à la face, les téguments sont le siège d'une rougeur presque généralisée; ils sont recouverts de larges squames; les oreilles et le cuir chevelu présentent les mêmes altérations.

Le tronc, dans toute son étendue, sauf au niveau de l'abdomen où il reste quelques intervalles de peau saine, est également le siège d'une rougeur généralisée que masquent, en beaucoup de points, de vastes exfoliations épidermiques ou de minces croûtelles; dans les points où ses squames sont tombés, on voit des surfaces d'un rouge vif et suintantes: leurs contours sont sinueux et irrégulièrement polycycliques;

les s'ont souvent circonscrites par un soulèvement bulleux de l'épiderme.

Au membre supérieur gauche, l'éruption est moins généralisée qu'au tronc ; les intervalles de peau saine y sont nombreux ; il est souvent difficile de déterminer si les lambeaux exfoliés sont constitués par des squames ou par de minces croûtelles : en divers points, ils sont imbriqués ; ici encore on voit des surfaces dépouillées de leur épiderme, rouges et suintantes ; elles présentent souvent, à leur périphérie, un soulèvement bulleux de l'épiderme. Un de ces soulèvements occupe tout le bord gauche de la main. Les ongles sont peu altérés ; ils ont seulement perdu leur poli et sont striés transversalement.

Le membre supérieur droit présente des altérations très analogues ; la plupart des plaques éruptives y sont desquamées : l'épiderme ne se trouve qu'à leur périphérie, sous forme de soulèvement. A la partie interne de la première phalange du pouce, on y voit une bulle qui mesure un centimètre verticalement sur un demi-centimètre transversalement. ; elle est entourée d'une aréole érythémateuse. Le malade croit que ces bulles ne se produisent que depuis son entrée à l'hôpital.

Les membres inférieurs présentent des altérations semblables, mais plus confluentes et plus étendues, les ganglions inguinaux sont tuméfiés des deux côtés, le prurit est modéré. La température axillaire s'élève, le soir, à 38° 4, le matin, à 37° 5, le traitement consiste en des applications de vaseline boriquée ; à l'intérieur, le malade prend un centigramme d'arséniate de soude en solution.

La fièvre persistant, on prescrit, le 12 octobre, 3 grammes de salicylate de soude, le 15, 0.75 centigrammes de sulfate de quinine, le 18, des cachets contenant 0.60 centigrammes de naptol B. et de salicylate de bismuth au nombre de trois dans les 24 heures.

Le 21, la fièvre est tombée. Il continue à se produire des poussées bulleuses ; le plus habituellement, ce sont des soulèvements irrégulièrement circulaires autour de plaques anciennes ; on voit de plus en différents points, des groupes de petites bulles disposées en cercles plus ou moins réguliers ; ils mesurent environ un centimètre de diamètre ; on voit également des bulles isolées ; en d'autres points, les cercles bulleux limitent des surfaces dont le diamètre atteint plusieurs centimètres.

C'est surtout aux membres que l'éruption est en activité ; aux cuisses et aux jambes ; les bulles sont tantôt groupées en cercles, tantôt coufluentes, tantôt disposées en bourrelets sinueux qui circons-

crivent de larges surfaces en parties desquamées, en partie recouvertes de minces croûtelles. A la face, c'est toujours la même rougeur uniforme et continue, les mêmes croûtelles ; au niveau des éminences malaires, les surfaces sont excoriées et suintantes, sans que l'on puisse actuellement y distinguer de bulles.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine ; elles contiennent par litre, 11 grammes 52 d'urée, 1, 52 de chlorures et 1, 44 de phosphates ; la quantité émise en 24 heures serait d'un litre environ.

Depuis lors, l'état du malade ne s'est pas sensiblement amélioré, on voit incessamment se produire les mêmes éruptions bulleuses, tantôt en éléments isolés, tantôt en bourrelets à contours sinueux, tantôt en plaques irrégulièrement circulaires. Le malade continue le traitement interne par la solution d'arséniate de soude, externe, par la vaseline boriquée ; les applications de liniment oléo-calcaire, de nouveau essayées ont été mal supportées.

Le malade a beaucoup maigri.

Les caractères que présente, chez ce malade, l'éruption du tronc et du visage et sa longue durée nous paraissent établir qu'il s'agit d'un cas de pemphigus foliacé ; nous ferons remarquer, comme particularités, le caractère modéré des sensations prurigineuses, la disposition de soulèvements bulleux en bourrelets serpigineux, la longue durée de la réaction fébrile et les troubles qu'a subis la nutrition générale.

OBSERVATION VII (résumée).

La nommée C..., âgée de 50 ans, est atteinte d'une éruption dont le début remonte au 1^{er} février 1895. Elle a débuté sans cause appréciable par de petits boutons donnant lieu à un léger suintement ; le siège initial a été la région dorsale ; en quelques jours, l'éruption s'est généralisée, respectant seulement les pieds et les mains, ces régions ont été envahies ultérieurement ; dès le début, la malade a été en proie à de violentes sensations prurigineuses.

Actuellement, toute la surface cutanée est d'un rouge intense et recouverte presque partout de larges squames ou croûtelles ; lorsqu'on les enlève, on trouve généralement la surface sous-jacente humide et suintante ; on voit en outre un petit nombre de soulèvements bulleux ; ils siègent plus particulièrement aux extrémités ; ils présentent sur les faces dorsales des pieds une disposition remarquable : du côté droit,

ce sont quatre cercles concentriques incomplets, le plus étendu part du côté gauche de la face plantaire, au voisinage de l'articulation métatarso-phalangienne, gagne le devant de la malléole correspondante, contourne en avant l'articulation tibio-tarsienne, passe au-devant de la malléole externe et vient s'éteindre sur le bord externe du pied ; chacun de ces soulèvements circonscrit une zone excoriée et suintante, on voit en outre quelques bulles isolées à la face plantaire, d'autres sont disposées en cercle à la partie interne de la jambe gauche ; la malade est sans fièvre, son appétit est conservé, néanmoins sa santé générale a beaucoup souffert, on en a pour témoignage l'amaigrissement considérable qu'elle présente.

OBSERVATIONS VII.

Pemphigus foliace avec papillomatose généralisée,

par M. Ch. E. Quinquand

Mar... Angèle, âgée de 46 ans, entrée à la salle Gibert, n° 13, le 25 août 1891, habite le département de Seine-et-Oise, et est née dans le département d'Ile-et-Vilaine.

A l'âge de 18 ans, elle eut une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle sont restés quelques troubles de l'estomac ; pas d'autres maladies.

A l'âge de 37 ans, sans cause, comme les règles cessèrent, des maladies survinrent, en même temps une bouffissure généralisée, une teinte subictérique se manifestaient, les urines étaient foncées, les paupières surtout étaient gonflées, tremblotantes, cette tuméfaction œdémateuse s'étendait à toute la peau, le gonflement des doigts devint tel que l'on fut obligé de sectionner son alliance. A la même époque, on lui avait mis au bras un petit vésicatoire, qui laissait suinter une grande quantité d'eau. Elle éprouvait également des brûlures d'estomac, des alternatives d'appétit vorace et d'anorexie.

La première lésion cutanée apparut le 27 décembre 1888, sur la partie latérale de la joue droite, près du nez : c'était d'abord un bouton qui s'agrandit par la périphérie.

Bientôt après se montrèrent des cloques tendues et non flasques, nombreuses d'abord sur l'avant-bras, puis sur le bras droit ; dans l'espace de huit jours, les bulles se répandirent sur tout le corps,

excepté à la paume des mains et à la plante des pieds où elles n'étaient pas apparentes, elles s'accompagnaient de démangeaisons si violentes, que la malade réclamait avec instance un remède à ce prurit pénible. Les bulles éclatèrent d'elles-mêmes en laissant à nu un derme suintant. Notons ici qu'après cette première huitaine de poussées bulleuses, il ne s'en est jamais produit d'autres dans le cours de sa maladie. Bientôt survint un œdème non douloureux, localisé au membre inférieur gauche.

Le suintement sans nouvelle poussée bulleuse devint si abondant qu'on était obligé de changer les draps de lit deux fois par jour ; ce suintement excessif persista pendant un an : il était surtout intense du côté du membre œdématisé, qui en un mois redevint comme volume normal.

Dans les premiers six mois de la maladie, l'exfoliation épidermique était légère, peu accentuée, le symptôme dominant était le suintement. Cinq à six mois après le début, la desquamation foliacée devint considérable ; tous les matins on trouvait sur les draps de lit une grande quantité de squames ; cette abondante exfoliation dura deux ans, c'est-à-dire jusqu'au mois de septembre 1891. A cette époque, la chute épidermique prit un autre caractère, cessa d'être foliacé, pour devenir furfurée et peu abondante, excepté à la face, où elle garde encore actuellement son caractère foliacé.

La malade était affaiblie, tremblait sur ses jambes quand on essayait de la faire marcher ; elle ne pouvait pas se tenir debout.

Etat actuel. — Les cheveux sont rares, clairsemés, petits, courts, lanugineux, tombent à peine pour le moment ; une alopecie totale siège au niveau du temporal gauche vers la région mastoïdienne ; tout le cuir chevelu est recouvert de squames grenues, présentant une épaisseur de 3 à 4 millimètres.

Sur la face, on voit une desquamation lamellaire avec fissure quadrillées irrégulièrement, ses squames sont adhérentes au centre et libre à la périphérie ; le front, le nez, les joues sont les dernières régions où existe la desquamation foliacée.

Les poils des sourcils sont clairsemés et courts, il en est de même des cils.

La conjonctive palpébrale est rouge, la conjonctive bulbaire est saine. L'état grenu, papillomateux caractérisé par une exagération des plis normaux de la peau et par des myriades de granulations kératosiques

en desquamation légère. furfuracée, commence à apparaître sur la lèvre supérieure et sur la lèvre inférieure.

A la région cervicale, on aperçoit une exagération très accentuée des plis cutanés et une papillomatose considérable avec état kératosique.

Au niveau des épaules, des omoplates, de toute la région dorsale et lombaire, l'état kératosique granuleux est extrêmement développé.

Sur la région thoracique l'aspect papillomateux est un peu atténué : mais il reprend son accroissement sur la région abdominale.

Vers les régions brachiales et antébrachiales, l'aspect grenu kératosique est très net ; les plicatures avec la kératose sont exagérées vers le pli du coude, où l'on remarque des fissures douloureuses. L'état granuleux kératosique se voit bien à la face dorsale des doigts, mais il est manifeste à la face palmaire des doigts et de la main : surtout vers les régions thénar et hypothénar ; dans toute ces régions, on constate une exagération remarquable des sillons normaux de la peau avec kératose, les doigts sont volumineux ; les ongles sont profondément altérés, rugueux et dépolis, offrant un aspect vermouseux, squameux ; plusieurs sont tombés dans le cours de la maladie, ils repoussent irrégulièrement et déformés.

Les régions fessières, les cuisses présentent l'état granuleux kératosique très développé. Au niveau des jambes, il est encore des vestiges de la desquamation lamellaire ; mais vers les régions tibio-tarsiennes, la face dorsale des pieds et des orteils présentent les mêmes altérations que les ongles des doigts,

Toutes ces surfaces granuleuses kératosiques sont le siège d'une desquamation poussiéreuse furfuracée.

La peau est épaissie, légèrement œdématisée, succulente, sans suintement appréciable, excepté au niveau des plis articulaires, les ganglions lymphatiques sont tuméfiés. Les démangeaisons existent sans être intolérables. Les forces ont beaucoup augmenté depuis son entrée à l'hôpital St-Louis ; elle peut marcher, aller aux bains, ce que la malade ne pouvait pas faire à son arrivée.

Cependant les fonctions digestives sont loin d'être intactes. L'appétit est faible, elle vomit de temps à autre, elle a presque tous les jours de la diarrhée, 2 à 3 selles par jour, avec quelques coliques, a des éructations fréquentes, une digestion difficile, lente.

La fièvre avait existé au début, elle n'existe pas actuellement.

Depuis le début de sa maladie, elle a été soumise au régime lacté ;

comme médicament, elle n'a pris que cinq gouttes de liqueur de Fowler, qui n'a été continué que dix jours de chaque mois pendant 4 mois; on a dû cesser à cause du mauvais état des voies gastro-intestinales. Je réserve pour une communication ultérieure l'étude des lésions hématiques, l'analyse physiologique des différentes fonctions et l'examen histologique.

La malade qui fait l'objet de cette observation, est revenue se faire soigner à l'hôpital St-Louis pour la même affection. Nous avons pris son observation sans savoir qu'elle était la même malade dont parle M. Quinquand. Ce fait est intéressant, car il nous montre la longue durée de la maladie.

OBSERVATION IX (personnelle).

Service de M. le Dr Tenneson. Salle Alibert, lit n° 21.

Continuation de l'observation de M. Quinquand. — Chambily Angèle, 51 ans, couturière. Entrée le 25 décembre 1896. Mariée. Née à Bains (Ile-et-Vilaine). Antécédents héréditaires. Père mort à 51 ans à la suite d'un accident, écrasement par une pierre.

N'a jamais eu comme maladie qu'une pleurésie. Pas de maladie de peau, ni syphilis.

Mère morte à 81 ans de sénilité, n'a été que quelques jours malade.

A eu la fièvre typhoïde à l'âge de 37 ans. N'a pas eu de maladie de peau, ni syphilis.

Un frère encore vivant, âgé de 49 ans, bien portant, non marié, pas d'affections cutanées.

Une sœur morte à l'âge de 46 ans d'une péritonite, était mariée et avait 8 enfants, dont 6 sont encore vivants et bien portants. L'aîné est marié.

Deux enfants morts au bout de 8 jours.

La malade s'est mariée à l'âge de 32 ans, son mari a actuellement 43 ans et est employé au chemin de fer à Poissy. Il n'a jamais été malade, pas d'affections de la peau, ni syphilis.

Les deux époux ont eu deux garçons.

L'aîné a 18 ans, n'a eu comme maladie que des maladies d'enfant : la rougeole et la coqueluche. Le plus jeune a 15 ans, est très bien portant.

Fièvre typhoïde à 18 ans, sans complications; à part cela, aucune maladie.

Début de l'affection. — 27 décembre 1888. A la suite d'une frayeur très vive (un homme qui descendait du cidre dans la cave, tomba et reçut sur la poitrine un tonneau qui l'écrasa), la malade s'aperçut qu'elle avait enflé subitement de tout le corps, principalement aux mains où on fut obligé de lui couper son alliance, et aux pieds (elle ne pouvait plus rentrer dans ses chaussures).

Malgré cette enflure, la malade continua à travailler et resta ainsi pendant encore un an.

A cette époque, elle aperçut au niveau du sillon naso-labial du côté droit un bouton de couleur rouge qui disparut au bout d'une huitaine de jours. Après cela, rien d'anormal, lorsqu'au bout de 8 jours environ, elle remarqua des bulles de couleur blanche qui commencèrent à apparaître sur les bras et qui ne tardèrent pas à envahir tout le corps et la figure. Ces bulles étaient aplaties et se rompirent au bout de 8 à 15 jours, en laissant échapper « beaucoup d'eau » suivant l'expression de la malade.

Après la rupture de ces bulles, la malade remarqua de grandes croûtes de la largeur d'une pièce de 5 francs; elles étaient très prurigineuses et amenaient des démangeaisons aussi intolérables le jour que la nuit. L'appétit était complètement perdu; la malade ne se nourrissait que de lait, elle avait de la fièvre qui persista six mois tous les deux jours et qui débutait par des frissons qui la prenaient vers le soir, 39°. Pour combattre cette fièvre, on lui donna du sulfate de quinine. En même temps, la malade s'aperçut également qu'elle maigrissait beaucoup.

La peau était d'un rouge vif et en même temps présentait un épaississement très notable, plus marqué même, nous dit la malade, que celui qu'elle présente actuellement. En même temps, un suintement très considérable s'observait, suintement qui ne se manifeste plus actuellement qu'au niveau des aisselles.

Examen actuel. — *Visage.* — Le visage présente depuis que la malade est dans notre service, une coloration rouge foncé, tirant un peu sur le noir. On remarque au milieu du front, principalement dans les points qui avoisinent les sourcils, au niveau des sillons naso-labiaux, de la commissure des lèvres et du pavillon des oreilles, la présence de squames foliacées, plus ou moins arrondies, de volume variable, variant depuis celui d'un grain de millet à une pièce de 50 centimes. Les déman-

geaisons sont moins vives qu'au début de la maladie, et sont surtout maintenant marquées la nuit.

La peau est extrêmement épaissie, rugueuse, surtout au niveau des joues, où on sent quelques aspérités.

Le cuir chevelu est le siège de démangeaisons très vives; on y observe également la présence de petites squames peu étendues, mais très abondantes. Les cheveux étaient tombés, mais sont repoussés actuellement. L'épaississement est également assez marqué à ce niveau.

Les cils sont tombés, et la malade présente une légère conjonctivite. L'examen du cou permet de constater une coloration plus foncée qu'au niveau de la figure; les squames sont également abondantes; la peau très ridée et très rude au toucher.

Au niveau de la partie gauche de la nuque existe un ganglion très appréciable à la vue et de la grossur d'un œuf de pigeon; à la palpation, ce ganglion est indolent.

Examen du tronc. — Le tronc présente au contraire une coloration plus rouge, surtout au niveau des bras. On ne constate pas la présence de bulles, mais des squames extrêmement abondantes. Ces squames ne laissent pour ainsi dire pas d'intervalles de peau saine au niveau de la région latérale du tronc, ni au niveau du dos. La partie antérieure, entre les deux seins et les seins eux-mêmes n'en présentent que quelques traces; à ce niveau, la peau est simplement rouge et épaissie.

Au niveau des aisselles, on remarque la présence de deux plaques un peu plus larges que des pièces de 5 francs, présentant de petites élevures d'une coloration nettement rouge et sécrétant un peu de liquide qui ne présente pas d'odeur spéciale. Les ganglions sont également volumineux à ce niveau.

Les bras sont recouverts de squames plus petites, moins confluentes qu'au niveau du tronc. Au niveau des poignets, la peau est très épaisse, de coloration noire. Les mouvements sont libres; les doigts sont hippocratiques.

Abdomen. — Au niveau de la partie inférieure, la peau présente un épaississement très marqué, semblable à la peau d'un pachyderme. Il en est de même au niveau des cuisses et des membres inférieurs, où les squames sont très abondantes et très volumineuses; des croûtes épaisses se détachent et remplissent le lit de la malade.

Les pieds présentent les mêmes altérations.

Etat général. — Depuis que l'observation a été prise, la malade trouve que ses forces sont un peu revenues; elle ne marche pas en titubant comme elle faisait à cette époque. L'appétit est meilleur, surtout le matin, elle a encore un peu de dégoût pour la viande, mais n'a plus de vomissements.

Elle a assez souvent de la diarrhée; mais cette diarrhée n'est pas continuelle; elle survient sans aucun motif et disparaît très vite, sans que la malade prenne de médicaments.

Les éructations sont encore fréquentes; la digestion se fait assez difficilement et souvent la malade éprouve du pyrosis pendant la nuit.

Pas de fièvre depuis un an.

OBSERVATION X.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique* de 1868, nous trouvons une relation de M. Gillette, qui montre des pièces recueillies sur un cadavre livré aux dissections de l'École pratique.

Le sujet était un terrassier de 71 ans, qui mourut dans le service de M. Bazin, à Saint-Louis, d'une gangrène pulmonaire.

Sur les pieds et les mains de cet individu, on remarque, comme du reste sur toutes les autres parties du corps, une desquamation considérable de plaques évidemment larges, très minces en certains points et comparables à de la baudruche, épaisses en d'autres endroits, par suite de leur imbrication.

A la paume des mains et à la plante des pieds, l'imbrication de ces feuillets épidermiques est telle, qu'elle forme une véritable cuirasse résonnant comme du bois par le choc d'un corps dur. Les doigts sont compris dans de véritables fourreaux épidermiques durs, et fortement fléchis. Les ongles sont excessivement longs. Le derme, mis à nu après l'arrachement de ces lamelles, présente des fissures qui témoignent du vice dartreux.

L'affection, d'après le peu de renseignements qu'avait pu recueillir l'auteur, avait débuté comme un eczéma. M. Bazin considère cette dermatose comme une herpétide exfoliatrice générale, exprimant le summum de l'herpétisme.

L'auteur croit qu'il s'agit du pemphigus dit foliacé, qui revêt dès le début l'apparence foliacée, sans se caractériser par des bulles successives.

C'est là, dit-il, une forme de dartre aux caractères malins, et par sa généralisation et par sa complication pulmonaire.

Une particularité intéressante est qu'une malade, observée quelque temps avant, dans le même service, et ayant présenté la même dermatose, est morte d'un abcès du poumon.

Cette coïncidence d'une affection pulmonaire avec une pareille dermatose, est un fait important à noter.

OBSERVATION XI (résumée).

Kriezer (K) 1872.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus (Un cas de pemphigus foliacé.)

Memorabilien Heiller. 1872, XVII, 531-540.

Il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui a toujours été très bien portante et bien développée. Très bien réglée, depuis quelque temps seulement, elle a un écoulement de mucus par le vagin. L'éruption occupe la joue droite, la paupière du même côté, le front et la tête, et présente l'aspect d'eczéma impétiginiforme. La malade dit qu'une partie de la poitrine et du dos présentait aussi la même affection. Le reste du corps était encore libre pour le moment. Les antécédents héréditaires et personnels sont nuls, excepté quelques éruptions insignifiantes que la malade a eues il y a quelques années et qui ont guéri spontanément. La maladie actuelle reste stationnaire depuis plusieurs mois. Cette affection n'a épargné aucune partie du corps. L'auteur donne la description détaillée du développement de la maladie depuis le commencement jusqu'à la fin qui a été fatale.

Il est à remarquer que la malade accusait des sueurs nocturnes ; or, dans les diverses affections cutanées telles que ichtyose, psoriasis, eczéma chronique, on n'observe pas de sueurs.

L'auteur attire l'attention sur l'absence presque complète des chlorures dans les urines de la malade.

OBSERVATION XII (Campana (R) 1880).

Un Cas di pemphigo foliaceo migliorato sensibilmente col bagno continuo (Un cas de pemphigus foliacé sensiblement amélioré par les bains continus).

Movimento, Napoli, 1880, 23 II, 78-90.

Alexandrine B..., 32 ans.

Antécédents personnels. — A 21 ans et demi, elle eut un érysipèle facial dont elle guérit rapidement. Régée à 13 ans. Mariée à 16 ans elle commença alors à souffrir de troubles des systèmes nerveux et digestif qui prirent fin dans les derniers mois de la première grossesse. A 25 ans, elle mit heureusement au monde une petite fille qu'elle put allaiter. A 29 ans, ses règles disparaissent subitement et réapparaissent quelques mois après. Ce n'est que dans le courant de l'année 1877, qu'elle commença à voir apparaître sur la peau une éruption de petites bulles, comparables aux phlyctènes produites par les brûlures, et qui, une fois rompues, laissent s'échapper un liquide séreux.

Etat présent. — L'éruption se présente sous l'aspect de lames blanches, de largeur variable. La surface de ces lames est de couleur rosée ou rouge ; dans quelques points, elle est simplement recouverte d'un exsudat semblable à du séro-pus transparent. Ces phlyctènes sont de la grandeur d'un centime et ont la forme arrondie. Au cuir chevelu, l'éruption est constituée par de petites lames irrégulières, adhérentes à la surface sous-jacente, onctueuses au toucher. La face, le cou, le thorax, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, moins la paume des mains et la plante des pieds, tout est atteint. La malade accuse un grand prurit. Elle passe subitement du chaud au froid et réciproquement. Les bains chauds, assez longtemps continués lui font beaucoup de bien. La malade sort de l'hôpital en état de pouvoir marcher, s'habiller ; les lames se desséchaient et disparaissaient une à une.

OBSERVATION XIII (résumée). Fox (T) 1876.

Clinical lecture on pemphigus foliaceus (Clinique sur le pemphigus foliacé).

Méd. Times and Gaz. London 1876. 11-500

Anna A..., 61 ans, fut admise à l'hôpital en septembre 1874.

Elle a été concierge pendant 13 ans sans interruption, a eu neuf enfants. Les premiers symptômes furent ceux de prurit et de furoncle ; puis des bulles se formèrent peu à peu et couvrirent bientôt le corps. La peau fut très irritable et exhala une petite odeur.

L'irritation de la peau s'accrut de plus en plus, et malheureusement cette femme eut une affection très grave d'origine cardiaque qui l'emporta.

OBSERVATION XIV (résumée). Sherwell (S) 1877.

Pemphigus foliaceus (of cazenave) (Pemphigus foliacé).

Archive. Derm. New-York 1877. III. 07-100

Mary Richt, née de parents germains ; sa mère avait une phthisie pulmonaire, son père était anémique. A l'âge de 6 ans, elle vint trouver l'auteur avec sa mère au dispensaire, la poitrine et l'abdomen étaient couverts d'eczémas. La mère raconte que l'enfant dormait toujours très bien, quand cette éruption survint sur son corps et s'accrut avec rapidité. On fit le diagnostic d'eczéma.

Le 19 septembre, l'éruption se montre sur les pieds sous forme de taches. Température élevée, pouls rapide. Pas d'évacuations par les intestins pendant 24 heures. Traitement par la quinine et l'huile de foie de morue. Le 20 septembre, fièvre, pas d'évacuations.

Le 21 septembre, vésicules sur la langue. Pas d'albumine dans les urines. Pouls = 120.

Le 22 septembre, bulles très larges. Pouls = 110. La rareté de cette maladie de peau était telle que l'auteur supposant une dermatite artifi-

cielle, ne voulait pas faire de diagnostic et prescrivit seulement comme nourriture des œufs et de l'eau-de-vie.

Le 27 septembre. Urines soigneusement examinées; pas trace d'albumine, appétit très faible.

L'enfant sortit de l'hôpital, et l'auteur ne la revit plus.

OBSERVATION XV (résumée).

Zeisel H..., 1877.

Ein Fall. von Pemphigus foliaceus (Un cas de pemphigus foliacé).

Winer medicini et Wetschatft, 1877, XXVII, 217-245.

Les premiers travaux sur le pemphigus nous enseignent que les phénomènes caractéristiques de cette affection sont: mouvements fébriles plus ou moins considérables, quelquefois absence de fièvre; parfois la fièvre est accompagnée d'une affection érythémateuse des lèvres et de la muqueuse de la bouche et du pharynx, d'où résulte une sensation de brûlure et difficulté de déglutir. En même temps, il se forme des bulles sur le tégument externe qui contiennent un fluide séreux et transparent. On distingue le pemphigus simultaneus du pemphigus solitarius. Les premières bulles se montrent généralement sur la peau de la face, sur la tête. Quand les bulles éclatent, elles laissent écouler un liquide séreux, agglutinant et d'une réaction alcaline. Il faut distinguer le pemphigus vulgaire du pemphigus foliaceus; cette dernière forme de pemphigus est extrêmement maligne, car chez les adultes, elle se termine ordinairement par la mort. Mais on la confond très facilement avec les autres affections vésiculeuses ou pustuleuses de la peau. L'auteur explique longuement pourquoi le diagnostic de cette affection est si difficile. Le pronostic est excessivement grave. Les trois cas de pemphigus foliaceus que l'auteur décrit et présente dans cet article se sont terminés tous les trois par la mort. L'auteur s'arrête très peu sur le traitement, étant convaincu que cette maladie ne pardonne pas, et que par conséquent le malade est destiné à succomber dans un délai plus ou moins bref. Un de ces trois cas est personnel à l'auteur, et il donne une observation très détaillée et très intéressante.

OBSERVATION XVI (résumée).

FOX T. C..., 1884.

Fatal case of pemphigus (foliaceus). Cas fatal de pemphigus foliacé.

Med. Times et Gaz. London, 1877, I, 61.

Madame R..., 38 ans, mariée, mère de neuf enfants, dont six vivants. A eu jadis une maladie de cheveux, mais qui n'a pas eu de conséquences. N'a pas eu de syphilis, ni de scarlatine, ni de fièvre typhoïde. A toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque actuelle. A eu en janvier 1875 un shok cérébral à l'occasion de la mort de son frère. Bientôt il se forma sur le côté une bulle de la grosseur d'un œuf de poule, puis les bulles devinrent nombreuses. Elle vint en consultation à l'hôpital. On reconnut les poumons sains, une constipation opiniâtre, des urines foncées.

Le 8 avril, fièvre, pouls 108. Le 10, on l'admet à l'hôpital, la maladie s'est accrue sensiblement. Elle couvre la partie inférieure de l'abdomen et la tête; les bras seuls sont un peu épargnés.

Le 13 avril, toute la surface du corps est couverte, sauf les mains et les pieds. Prostration extrême, pas d'albumine dans les urines.

Le 13 avril, souffle du cœur développé à la base de l'aorte, intestins constipés. On ne peut examiner la malade que superficiellement, tant elle souffre.

Le 19 avril, diarrhée. Le corps est pris tout entier. On voit le mal s'étendre d'heure en heure.

Le 22 avril, la diarrhée s'arrête, la malade vomit ce qu'elle prend. Légères traces d'albumine dans les urines. Elle meurt à neuf heures du soir.

Avant son entrée à l'hôpital, elle a pris de fortes doses de quinine, puis du perchlorure de fer. La nourriture consistait en lait, œufs, eau-de-vie.

A l'examen post mortem, on ne trouve aucune inflammation des muqueuses; le système nerveux n'avait pas de lésions. Le cas fut regardé comme un pemphigus véritable.

OBSERVATION XVII (résumée).

Sherwell S... 1889.

Relaps of pemphigus foliaceus after eleven years recovery.

Rechute de pemphigus foliacé après onze ans : guérison.

J. Cutan. et Genito-Urin. Dis. New-York 1891. IX, 332-335.

La malade, Mary R..., avait une première attaque en septembre 1876. L'auteur l'avait vue à cette époque. Le traitement avait toujours été très doux, dépuratif en même temps que calmant. L'huile de foie de morue fut ordonnée pour l'usage interne en grande quantité, et dans les deux derniers mois pour l'usage externe aussi. De très bons résultats suivirent ce traitement.

En 1878, après n'avoir rien éprouvé pendant un an, de larges bulles se formèrent sur tout le corps.

En 1889, nouvelle attaque; l'auteur la trouva engraissée. Elle se plaignit alors d'éprouver des malaises, des douleurs d'intestin, d'avoir de la constipation, puis la diarrhée. Depuis 1878, elle n'avait pas cessé de se soigner et travaillait toujours. La peau était toute boursouflée surtout aux environs du cou, et était couverte de petites vésicules. Le poulx 116. Elle prit du citrate de magnésie pour sa constipation, de l'aqua rosa, du cold-cream, un peu de strychnine et d'acide phosphorique pour s'appliquer sur le corps. L'éruption s'étendit rapidement, couvrant les mains, le cou, et même les extrémités inférieures. Le traitement ne fut pas changé. Le lendemain, le docteur Robinson, la visita en même temps que l'auteur. L'éruption déclinait, et les vésicules étaient pour ainsi dire miliaries. Deux jours après, un changement s'opéra et l'auteur considérait la jeune fille comme guérie.

OBSERVATION XVIII (résumée).

Hardaway, W. A..., 1890.

Case of pemphigus folioceus. Cas de pemphigus foliacé.

J. Cutan. et Genito. Urin. Dis. New-York, 1890, VIII, 22.

Un homme de 66 ans, ayant la face toute rouge et couverte d'eczémas, vint trouver l'auteur. Les ampoules se succédaient sans discontinuer, et étaient toujours précédées de frissons. Le corps fut bientôt complètement affecté, et avait un aspect tel qu'on eût dit qu'il sortait de l'eau bouillante. Les membranes muqueuses de la bouche et de la gorge furent affectées, les ongles tombèrent et les cheveux n'étaient plus représentés que par des taches. Au bout de trois semaines, la peau prit une teinte violacée; en beaucoup d'endroits, on voyait des petites bulles se former, les unes surtout étaient tendues, comme cela a lieu dans le cas de pemphigus vulgaire; en d'autres endroits, les bulles se confondaient entre elles. Quelques-unes étaient purulentes, mais la plupart renfermaient un liquide transparent. De telle sorte que les différentes parties du corps présentaient des aspects tout à fait dissemblables, selon les progrès de la maladie. Quand la dermatite exfoliative fut bien établie, il ne se développa plus aucune bulle. L'auteur a perdu cet homme de vue; mais il a su que cinq ans après, il vivait, faible et amaigri, et toujours dans la condition d'un pityriasis rubra.

OBSERVATION XIX (résumée).

Munro, W, T... et Swarts G. T..., 1891.

Pemphigus foliaceus malignus (Du pemphigus foliacé).

J. Cutan. et Genito Urin. Dis. New-York, 1891, IX, 332-337.

R., âgé de 37 ans, né en Galicie, vint en Angleterre à l'âge de 3 ans. Pas d'antécédents dans sa famille. Quand il alla voir l'auteur, il avait sur les membres des ulcérations ainsi qu'à la bouche. On voyait deux ou trois grosses vésicules sur le nez. Cinq jours après, la bouche

était toute enflammée; sur les bras apparaissaient çà et là de nombreuses vésicules ressemblant à des taches herpétiques. L'estomac ne pouvait rien supporter; il y avait de la constipation. L'auteur fit prendre du lait au malade, du sulfate de quinine, et un gargarisme. Il lui ordonna le collodion pour la vésicule. Le malade put dormir et conserver un peu de nourriture.

Il entre au service dermatologique de l'hôpital, chez le Dr Swartz. A son entrée, il présentait les symptômes suivants: la poitrine et l'abdomen étaient couverts de squames épaisses d'un demi-centimètre. Il souffrait de tout le corps, on lui fit prendre 4 onces de lait par jour et 5 œufs et comme médicament un sirop d'iodure de fer. Le diagnostic de pemphigus foliacé fut établi en raison de la dissémination des lésions, de leur évolution rapide et de leur ressemblance avec l'herpès.

OBSERVATION XX (résumée).

Alfred E. Regenesburger. Report of a case of Pemphigus foliaceus

(Journal of Cutaneous and Genito. Urinary. Diseases, février 1893.)

Le malade était un allemand de 50 ans, qui avait été toujours bien portant jusqu'en janvier 1893. A cette époque, il fut pris de grippe dont il guérit au bout de deux semaines, mais qui lui laissa de la faiblesse; ce fut vers la fin de janvier qu'il remarqua la première éruption de bulles; elle se fit sur la partie antérieure de la poitrine; elles étaient tendues, de la grosseur d'une noisette, et remplies d'un liquide séropurulent, sans qu'il fut possible d'y découvrir un micro-organisme spécial. Les bulles s'ouvraient après un certain temps, et laissaient une surface rouge, erythémateuse, un peu suintante et desquamante. Peu à peu l'éruption s'étendit, et vers le premier mars, elle avait envahi tout le corps, excepté la paume des mains et la plante des pieds; la langue était prise. Le malade avait parfois de violentes crises passagères de prurit, et parfois aussi des poussées fébriles semblant précéder chaque nouvelle éclosion de bulles. Dans le courant de mars, le malade perdit ses cheveux; son corps exhalait une odeur fétide, spéciale. Vers le 18 mars, se manifestèrent des symptômes généraux graves, de la faiblesse extrême, du subdelirium, des douleurs intenses à chaque mouvement, de l'agitation, etc.; et il succomba le 26 mars.

A partir du 20 mars, il ne se produisit plus de bulles, le corps tout entier était d'une rougeur érythémateuse avec une abondante desquamation épidermique, et rappelait tout à fait l'aspect de la dermatite exfoliatrice généralisée ou du pityriasis rubra.

OBSERVATION XXI.

Sur un phénomène clinique, non décrit, dans le cours du pemphigus foliacé de Cazenave, par le professeur M. Stoukovenkoff (de Kieff), (Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie 1894, 569 572.)

La nommée K... âgée de 44 ans, juive du gouvernement de Podolie, a été atteinte, il y a deux ans, d'une éruption prurigineuse accompagnée de fièvre, siégeant au dos et bras, et qui se répandit bientôt sur toute la surface de la peau, excepté à la paume des mains et à la plante des pieds. Après un an et demi, l'éruption disparut pour quatre mois, à l'exception des jambes qui restèrent atteintes; ensuite cette éruption apparut sur le visage et dans l'espace de deux jours, recouvrit tout le corps à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. Forte démangeaison et tintements d'oreilles.

La malade indique trois circonstances qui précèdent sa maladie et influencèrent son état de santé;

1° Le mariage malheureux de sa fille, qui plongea toute la famille dans un profond chagrin. 2° Deux semaines avant sa maladie, elle prit un refroidissement. 3° Bientôt après, elle fut insultée au marché par une autre juive, insulte qu'elle jeta dans une colère terrible. D'après le récit de la malade, elle ne pouvait prononcer une parole et avait comme la sensation d'une brûlure générale de la peau. Un peu calmée et après avoir bu un peu d'eau dans une maison voisine, elle voulait courir au marché pour se jeter sur celle qui l'avait insultée, mais elle fut retenue par les personnes qui l'entouraient. Se souvenant de cette insulte après deux ans, la malade, quand on lui en parle, est extrêmement agitée.

A l'examen de la malade (novembre 1892), on trouve toute sa peau comme parsemée d'îlots éruptifs, irréguliers, plus ou moins grands, laissant des intervalles de peau saine. Ce sont des surfaces rouges et humides, aux contours les plus variés à la périphérie desquels on voit des lambeaux détachés d'épiderme et des croûtes concentriquement exfoliées, au dessous desquelles la peau est humide ou sèche. Sur

plusieurs points, on voit la lésion élémentaire constituée par des bulles de 1,5 à 2 millim. de diamètre, bulles pâles, recouvertes d'un épiderme fin, fané et flétri, avec un contenu transparent, aqueux, peu abondant; le fond de la lésion est d'un rose lisse. Les bulles sont tantôt isolées sur la peau congestionnée ou de coloration entièrement normale, tantôt disposées par petits groupes; par places, on trouve des croûtes qui se confondent les unes avec les autres.

L'affection diffuse de la peau présente un tableau tellement bigarré qu'il n'y a aucun moyen, à première vue, d'y suivre les changements graduels de la peau.

Chaque jour l'aspect était différent; là où hier la peau avait l'apparence normale, nous trouvons aujourd'hui ou des surfaces rouges et humides ou des bulles; et les plaies qui hier étaient humides, aujourd'hui sont recouvertes d'une couche cornée. Mais grâce à l'observation journalière de quatre mois et demi, nous avons pu nous orienter dans ce polymorphisme des lésions. Cette observation constante nous a donné les moyens d'expliquer les rapports de la peau affectée avec la peau saine.

Comme on le voit d'après la description ci-dessus, au milieu des parties malades se trouvent des espaces de peau conservant leur aspect normal. Leur couleur ainsi que leur couche cornée ne présentaient en particulier rien d'extraordinaire, de sorte qu'à première vue, on aurait pu croire ces espaces tout-à-fait sains. Mais cette apparence était loin de la vérité. Les parties de la peau, dites saines, étaient également atteintes; il suffisait d'un léger frottement pour leur enlever la couche cornée, et mettre à nu la surface à peine humide qui se trouve sous la couche de Malpighi. Observant continuellement ces parties apparemment saines, nous avons trouvé en beaucoup d'endroits la couche cornée solide, et qui ne pouvait être enlevée par un frottement ordinaire, cependant même cette couche cornée solide étant enlevée par un frottement plus fort. Ensuite nous trouvons des endroits (comme par exemple à la plante des pieds) où la couche cornée restait ferme même après un frottement énergique, ce qui nous fait croire que cette partie de la peau était entièrement saine.

Pourtant il a été prouvé qu'ici également il suffisait de soulever par une égratignure de l'ongle la couche cornée, et alors, à partir de cet endroit, on pouvait enlever cette couche dans une grande étendue. Ensuite sur le même espace de peau, nous remarquâmes des changements rapides et radicaux dans la solidité de la couche cornée. Cette particularité était surtout visible sur l'avant-bras gauche sur lequel

nous appliquions en permanence des compresses trempées dans la solution aqueuse de nitrate d'argent (0 gr., 2 p. 180 gr.). sous l'influence de ces compresses, sur l'avant-bras gauche, l'épiderme s'améliorait visiblement, les bulles apparaissaient moins nombreuses, la couche cornée devenait de plus en plus solide et ne s'exfoliait même pas après un frottement énergique. Il semblait déjà qu'un ou deux jours de plus tout l'avant-bras serait sain. Mais, subitement, pendant la nuit, apparaissait une démangeaison, et le matin, nous trouvions la couche cornée affectée, aussi peu solide qu'au début. De plus, *le phénomène de l'écorchement facile de la couche cornée* reparissait en même temps, sans qu'il y eût éruption de bulles. Sous la couche cornée enlevée, nous ne trouvions aucun liquide libre. On pouvait seulement, au toucher (le doigt se collant légèrement), dire que la couche molle de Malpighi était à découvert.

Ainsi les symptômes de l'aggravation de la maladie consistent exclusivement dans le relâchement des adhérences normales entre les couches épithéliales, cette adhérence ayant été jusqu'à un certain point rétablie sous l'influence du traitement. Enfin la paume des mains et la plante des pieds restaient entièrement indemnes de toute éruption. Pendant les quatre mois et demi d'une observation constante et scrupuleuse, nous n'y avons aperçu aucune bulle, ni aucune trace d'une bulle. Au dire de la malade, sur ces régions il n'y a jamais eu aucune éruption. A première vue, la peau y était entièrement normale, nous ne pouvions y produire d'exfoliation, même après un frottement énergique. Mais une circonstance tout-à-fait inattendue nous permit d'y constater aussi le manque de solidité des couches épithéliales. La malade, en descendant des balances, tomba, et la paume de sa main gauche glissa sur le bord de la plate-forme. Quand elle se releva, nous avons enlevé de la paume de la main un morceau de la couche cornée d'un ovale régulier de deux centimètres de diamètre, sous lequel se trouvait une surface rouge et sèche; la couche cornée adjacente était exfoliée en forme de collerette, sur une largeur d'un demi-centimètre. Cet aspect donnait l'impression d'une exfoliation de la couche cornée sous forme d'une grande bulle sans liquide, le centre de la bulle étant affaissé circulairement, et la partie périphérique représentant une sorte de collerette exfoliée.

Ainsi donc nous pouvons constater que, sur toute la peau de la malade, sur les parties atteintes ainsi que sur celles qui n'ont jamais

présenté de bulles, les liens entre la couche cornée et celle de Malhighi sont altérés à un point, qu'il suffit d'un frottement parfois très faible pour que la couche cornée se détache en forme de lambeau; que l'affaiblissement des liens entre les couches épidermiques ne dépend pas de l'afflux d'un exsudat liquide, et que l'aggravation de la maladie se manifestait principalement par le relâchement de l'adhérence normale entre les couches de l'épiderme, et, seulement en partie, par la formation de bulles récentes.

D'après l'auteur, ce phénomène n'est pas un effet du hasard, mais un caractère propre de la maladie.

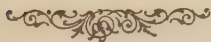


CONCLUSIONS

Le pemphigus foliacé est une affection primitive, rentrant dans le groupe dit Pemphigus, mais ayant des caractères propres, qui en font une maladie bien déterminée.

Il est caractérisé :

- 1° Par des bulles survenant spontanément ;
- 2° Par une *exfoliation épidermique* très abondante ;
- 3° Par la longue durée de l'affection ;
- 4° Par la conservation relative d'un bon état général qui se maintient jusqu'aux dernières périodes de la maladie ;
- 5° Affection sans pathogénie bien connue, et sans traitement vraiment curatif.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Besnier E.* — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1893, 189 et 276.
- Brocq.* — Traitement des maladies de peau. (2^e édition) 1894, 602, 612. Pemphigus foliacé. Annales de la dermatologie et de syphiligraphie, 1892, 1245 et Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie, 1892, 479.
- Campana R.* — Un caso di pemphigus foliaceo migliorato sensibilimente col bagno continuo. Movimento, Napoli, 1880, 23, 11, 78, 90
- De Amicis.* — Pemphigus foliacé guéri par les courants continus et induits. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1883, 175.
- Ferraro Pasquale.* — Altérations historiques du système nerveux dans le pemphigus foliacé. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1887, 705.
- Gillette.* — Bulletin de la Société anatomique de 1868.
- Hardy A.* — Traité des maladies de peau, 1886.
- Hardaway.* — Case of pemphigus foliaceus. J. Cutan et Genito. Urin. Dis. New-York, 1890, VIII, 22.

- Fosc (T.).* — Clinical lecture an pemphigus foliaceus. Méd. Times and. Gaz. London, 1876, 11, 500. Patal case of pemphigus foliaceus. Méd. Times et Gaz. London, 1876, 1, 61.
- Kriézer K.* — Ein Fall von pemphigus foliaceus. Memorabilien Heilb, 1872, XVII, 531, 540.
- Kaposi.* — Maladies de la peau. Traduction, par Besnier et Doyon (2^e édition, 1 volume), 1891. Pemphigus foliacé, 833-836.
- Hallopeau et Fournier H.* — Pemphigus foliacé, ses rapports avec la dermatite herpétiforme. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1892, 1158.
- Munro (W. T.) et Swarts.* — Pemphigus foliaceus malignus. J. Cutan. et Génito Urin. Dis. New-York, 1891, IX, 332-337.
- Quinquaud (Chl.).* — Pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1892, 144.
- Regensburger (Alfred).* — Report of a case of Pemphigus foliaceus. Journal of Cutanevus and Génito-Urinary diseases, février 1893.
- Stouksvonkoff.* — Sur un phénomène clinique, non décrit, dans le cours du pemphigus foliacé de Cazenave. Bulletin de dermatologie et de syphiligraphie, 1894, 569-572.

Shervell (S.). — Relaps of pemphigus foliaceus after eleven years recovery. J. Cutan et Génito-Urin. Dis New-York, 1891, IX, 332-335. Pemphigus foliaceus (of Cazenave). Archive dermat. New-York, 1877, III-97-100.

Tenneson. — Traité clinique de dermatologie, 1893. Pemphigus foliacé, 98.

Zeigel (H.). — Ein Fall von pemphigus foliaceus Winer medecini et Wetschrift, 1877, XXVII, 217-245.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
FOURNIER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

